

Periodo Neonatal



Se refiere a los primeros 28 días de vida del recién nacido. Durante este tiempo, la maduración de los distintos sistemas orgánicos le va a capacitar para adaptarse a la vida extrauterina, para lo que se necesita numerosos ajustes fisiológicos.



PRIORIZAR LOS CUIDADOS INMEDIATOS Y MEDIATO DEL RECIÉN NACIDO



CUIDADOS INMEDIATOS



✓ Evitar la pérdida de calor



✓ Dejar la cabeza en posición media, con ligera extensión del cuello



✓ Aspirar las secreciones de boca, nariz y orofaringe

✓ Secar la piel con un campo previamente calentado y retirar el campo húmedo



✓ Estimulación táctil, si fuera necesario



✓ Reposicionar la cabeza y administrar oxígeno, si fuera necesario



Puntos Importantes



- Pinzamiento de cordón
- Valoración de APGAR (1min)
- Profilaxis ocular
- Valoración de Apgar (5min)
- Tomar medidas antropométricas
- Identificación del recién nacido
- Realizar examen físico



SIGNO		Puntuación		
		0	1	2
A	Apariencia/color	Cianosis	Acrocianosis	Rosado
P	Pulso/FC	Ausente	<100 por min.	>100 por min
G	Gesto/reflejos (estimulación planta del pie)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
A	Actividad/tono muscular	Flacidez	Flexiones	Movimiento activo
R	Respiración/esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil, quejumbroso	Llanto vigoroso
Normal 7 - 10		Asfixia	Leve 6-7	Valorar a 1 min. y 5 min.
			Moderada 4-6	Valorar al 1, 5, 15, 20 min. (extendido)
			Severa <4	



Cuidados Mediatos



**ALOJAMIENTO
CONJUNTO**



**LACTANCIA
MATERNA
EXCLUSIVA**



**MANTENER
TEMPERATURA
ADECUADA.**



SIGNOS VITALES.



**VIGILAR CORDÓN
UMBILICAL**



**VIGILAR PRESENCIA
DE EVACUACIÓN DE
MECONIO Y ORINA.**



**VIGILAR SI HAY
PRESENCIA DE VOMITO O
SIALORREA U OTROS
SIGNOS DE
ANORMALIDAD**

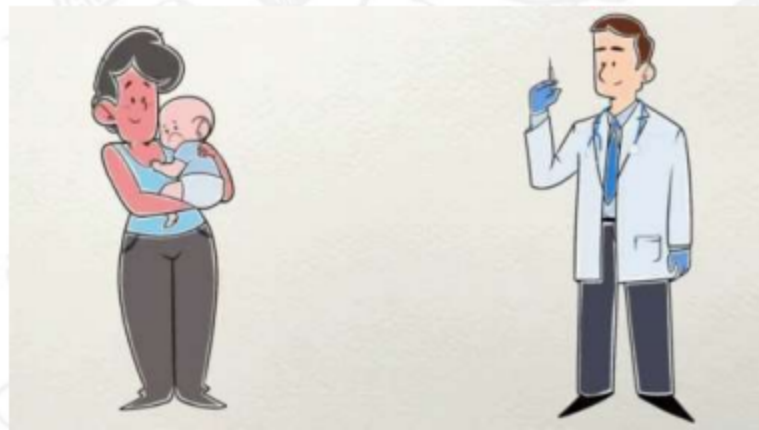


Alojamiento conjunto

Se hará para los RN que hayan superado el periodo de transición y la madre este capacitada para atenderlo y vigilarlo. Se insistirá y dará solamente lactancia materna

Vacunación

- BCG
- Hepatitis B





Puntos Importantes en el Alta

Brindar educación y orientación a la madre sobre:

- Lactancia materna exclusiva
- Detección de signos de alarma y complicaciones
- Citar a las 72 hrs de nacimiento
- En caso de llevar medicación para el bebe enseñar a la madre



ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la alimentación



Cuidados iniciales en la sala de partos

- *Cuidado del cordón:* Aunque en condiciones normales puede ser suficiente con lavar con agua y jabón el cordón umbilical, es más seguro aplicar un antiséptico después.
- *Apego precoz:* Si el niño y la madre están estables después del parto, se deben poner en contacto directo (piel a piel).



NECESIDADES BÁSICAS DEL RECIÉN NACIDO NORMAL



Alimentación



El recién nacido sin antecedentes patológicos está preparado para recibir alimentación al pecho en las primeras horas de vida.

Descanso

El descanso es esencial para la salud del bebé, la calidad del sueño de un recién nacido no solo afecta a su salud, sino también al bienestar de toda la familia.

El sueño es esencial para el desarrollo físico y mental de los recién nacidos y tienen beneficios múltiples los cuales se mencionarán a continuación:

- Contribuye a su desarrollo físico
- Les ayuda a recuperar fuerza y energía
- Favorece su desarrollo cognitivo



Tabla del sueño de un recién nacido

Edad	Horas totales	Horas de noche	Nº de siestas
0-2 meses	16 a 20 horas	6 - 8 horas	4-8

Higienización o baño

- El baño en un recién nacido antes de que se caiga el cordón umbilical (entre 10 días y 3 semanas después del nacimiento), la mejor opción es bañar a tu bebé con una esponja para evitar que se moje el cordón.





CAMBIO DE PAÑALES



- El cambio de pañal en un recién nacido es más frecuente ya que el estómago del neonato es muy pequeño y su sistema digestivo está en desarrollo; por lo tanto, procesa los alimentos de manera lenta, pero desecha rápidamente lo que ha asimilado de su alimentación.





AFECTO Y ESTIMULO

- Un bebé estimulado será un niño despierto, un joven alegre y un adulto con ilusión por vivir la vida y participar de la sociedad, así que es fundamental impulsar esta primera etapa de enseñanza que empieza en los propios padres y familiares.

Cuidados de un recién nacido sano

¿Cuál es uno de los cuidados inmediatos esenciales para el recién nacido inmediatamente después del nacimiento?

Respuestas:

- A) Administrar antibióticos profilácticos
- B) Realizar una radiografía torácica
- C) Iniciar alimentación complementaria
- D) Aplicar vitamina K intramuscular

Cuidados de un recién nacido sano

¿Cuál es uno de los cuidados inmediatos esenciales para el recién nacido inmediatamente después del nacimiento?

Respuestas:

- A) Administrar antibióticos profilácticos
- B) Realizar una radiografía torácica
- C) Iniciar alimentación complementaria
- D) Aplicar vitamina K intramuscular**

Cuidados de un recién nacido sano

¿Qué procedimiento es fundamental realizar dentro de la primera hora de vida del recién nacido para evaluar su adaptación a la vida extrauterina?

Respuestas:

- A) Tomar una muestra de sangre arterial
- B) Realizar el test de Apgar
- C) Administrar suplementos de hierro
- D) Aplicar vacunas

Cuidados de un recién nacido sano

¿Qué procedimiento es fundamental realizar dentro de la primera hora de vida del recién nacido para evaluar su adaptación a la vida extrauterina?

Respuestas:

- A) Tomar una muestra de sangre arterial
- B) Realizar el test de Apgar**
- C) Administrar suplementos de hierro
- D) Aplicar vacunas

Cuidados de un recién nacido sano

Al atender el parto de una gestante de 35.5 semanas, se le asigna el cuidado inmediato del recién nacido. ¿Cuál es el tiempo oportuno para realizar el pinzamiento del cordón umbilical cuando no existen peligros para la vida?

Respuestas:

- Entre 30 y 60 segundos.
- En los primeros 10 segundos.
- Entre 20 y 30 segundos.
- Después de los 60 segundos.



Cuidados de un recién nacido sano

Al atender el parto de una gestante de 35.5 semanas, se le asigna el cuidado inmediato del recién nacido. ¿Cuál es el tiempo oportuno para realizar el pinzamiento del cordón umbilical cuando no existen peligros para la vida?

Respuestas:

- **Entre 30 y 60 segundos.**
- En los primeros 10 segundos.
- Entre 20 y 30 segundos.
- Después de los 60 segundos.



Cuidados de un recién nacido sano

Recién nacido a término de una madre primigesta de 27 años, parto vaginal sin complicaciones. A los 5 minutos de vida, el recién nacido presenta respiración irregular y leve cianosis en extremidades.

- Evaluación de APGAR a los 5 minutos:
- Frecuencia cardíaca: 90 latidos por minuto
- Esfuerzo respiratorio: Respiración irregular
- Tono muscular: Alguna flexión de las extremidades
- Respuesta a la estimulación: Llanto débil al estímulo
- Color: Cuerpo rosado, extremidades cianóticas

¿Cuál es la puntuación de APGAR para este recién nacido a los 5 minutos de vida?

Respuestas:

- a) 4
- b) 5
- c) 6
- d) 7

Cuidados de un recién nacido sano

Recién nacido a término de una madre primigesta de 27 años, parto vaginal sin complicaciones. A los 5 minutos de vida, el recién nacido presenta respiración irregular y leve cianosis en extremidades.

- Evaluación de APGAR a los 5 minutos:
- Frecuencia cardíaca: 90 latidos por minuto
- Esfuerzo respiratorio: Respiración irregular
- Tono muscular: Alguna flexión de las extremidades
- Respuesta a la estimulación: Llanto débil al estímulo
- Color: Cuerpo rosado, extremidades cianóticas

¿Cuál es la puntuación de APGAR para este recién nacido a los 5 minutos de vida?

Respuestas:

- a) 4
- b) 5**
- c) 6
- d) 7

Cuidados de un recién nacido sano

Recién nacido pre término de 35 semanas, parto por cesárea debido a complicaciones maternas. A los 5 minutos de vida, el recién nacido está activo y presenta buen tono muscular, pero tiene dificultad para respirar y está completamente cianótico.

Evaluación de APGAR a los 5 minutos:

Frecuencia cardíaca: 120 latidos por minuto

Esfuerzo respiratorio: Gasping (jadeo)

Tono muscular: Movimiento activo

Respuesta a la estimulación: Llanto vigoroso

Color: Cianosis generalizada

¿Cuál es la puntuación de APGAR para este recién nacido a los 5 minutos de vida?

Respuestas:

- a) 5
- b) 6
- c) 7
- d) 8

Cuidados de un recién nacido sano

Recién nacido pre término de 35 semanas, parto por cesárea debido a complicaciones maternas. A los 5 minutos de vida, el recién nacido está activo y presenta buen tono muscular, pero tiene dificultad para respirar y está completamente cianótico.

Evaluación de APGAR a los 5 minutos:

Frecuencia cardíaca: 120 latidos por minuto

Esfuerzo respiratorio: Gasping (jadeo)

Tono muscular: Movimiento activo

Respuesta a la estimulación: Llanto vigoroso

Color: Cianosis generalizada

¿Cuál es la puntuación de APGAR para este recién nacido a los 5 minutos de vida?

Respuestas:

- a) 5
- b) 6
- c) 7**
- d) 8

Cambios anatomo fisiológicos y psicológicos en el puerperio normal



Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

Puerperio

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto, presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pregestacionales.



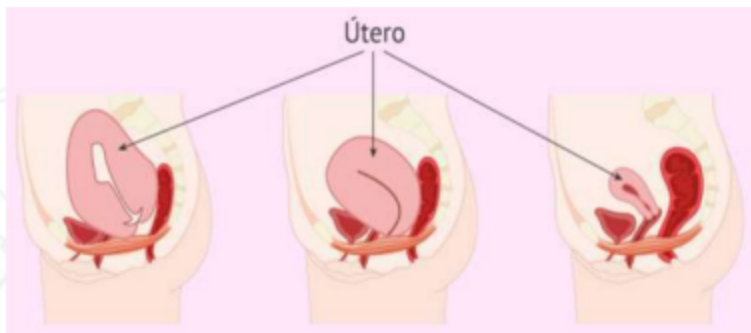
Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

Útero

Después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas. Estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obliteración.

Pueden distinguirse tres tipos de contracciones uterinas durante el puerperio:

- Contracción permanente o retracción uterina
- Contracciones rítmicas espontáneas
- Contracciones inducidas



Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

Loquios

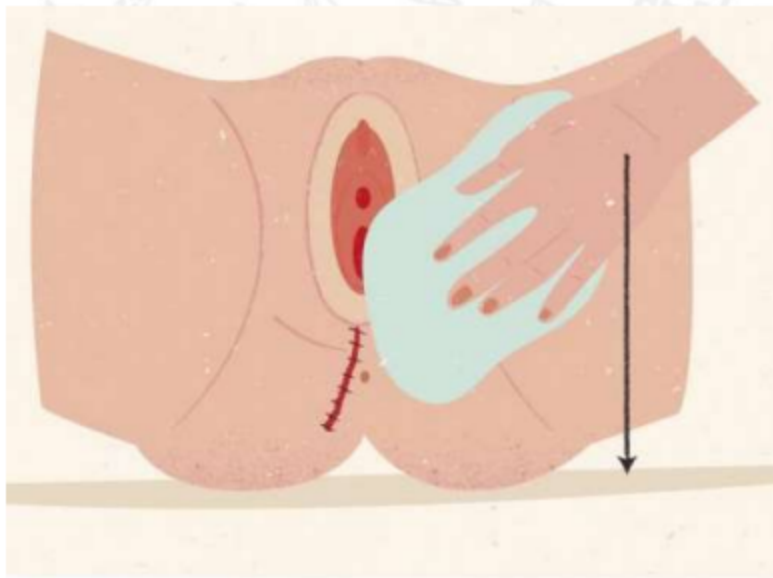
Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio. Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (loquia rubra), luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido (loquia serosa). Ya en la segunda semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento (loquia alba). La pérdida de loquios dura aproximadamente 4 a 6 semanas coincidente con el término de la involución uterina.



Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

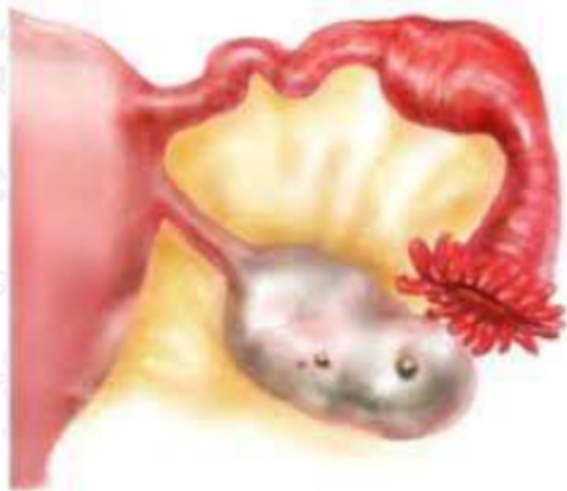
Vagina

En el postparto inmediato, recién suturada la episiotomía, la vagina se encuentra edematosa, de superficie lisa y relativamente flácida. Después de 3 semanas comienzan a observarse los pliegues característicos con desaparición del edema y ya a las 6 semanas existe reparación completa de las paredes e introito vaginal. En este momento ya es posible incluso obtener citología exfoliativa normal.



Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

Trompas de Falopio



Los cambios puerperales en las trompas son histológicos. Las células secretoras se reducen en número y tamaño y hacia la 6^o semana ya han recuperado los cilios retornando a la estructura epitelial de la fase folicular.



Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

Mamas



Durante el embarazo, la mama es preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentarios. Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche. Las células presecretoras se transforman en secretoras.

Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

Modificaciones de los sistemas cardiovascular y hematológico

El volumen sanguíneo disminuye en un 16% ya al tercer día postparto para continuar descendiendo gradualmente hasta llegar a un 40% en la sexta semana. El gasto cardíaco aumenta después del alumbramiento en aproximadamente 13% y se mantiene así por una semana. Posteriormente desciende paulatinamente hasta llegar a un descenso de 40% a la 6ª semana.

Estos cambios permiten que la frecuencia cardíaca y la presión arterial regresen a valores pregestacionales



Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

Cambios psicológicos

- Cambios Hormonales y su Impacto Emocional
- Baby Blues
- Depresión Postparto
- Ansiedad Postparto
- Vinculación y Apego
- Cambios en la Identidad y Rol
- Soporte Social y Relacional
- Estrés y Fatiga
- Autoestima y Percepción Corporal
- Expectativas y Realidad



Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

Paciente de 34 años, multipara es su quinto parto; cursa por puerperio normal inmediato sus primeras dos horas, por lo que se encuentra en centro obstétrico. ¿Cuáles son los aspectos más importantes que debe valorar el profesional de enfermería?

Respuestas:

- a. Signos vitales, resultados de laboratorio, características de loquios.
- b. SCORE mamá, involución uterina, características de los loquios.
- c. SCORE mamá, estado de conciencia, apariencia de periné.
- d. Coloración de la piel, involución uterina, características de los loquios.

Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

Paciente de 34 años, multipara es su quinto parto; cursa por puerperio normal inmediato sus primeras dos horas, por lo que se encuentra en centro obstétrico. ¿Cuáles son los aspectos más importantes que debe valorar el profesional de enfermería?

Respuestas:

- a. Signos vitales, resultados de laboratorio, características de loquios.
- b. SCORE mamá, involución uterina, características de los loquios.**
- c. SCORE mamá, estado de conciencia, apariencia de periné.
- d. Coloración de la piel, involución uterina, características de los loquios.

Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

En el puerperio encontramos diferentes subclasificaciones. ¿A qué etapa corresponde el tiempo que comprende desde el segundo día del nacimiento hasta los 10 días de postparto?

Respuestas:

- Puerperio inmediato.
- Puerperio normal.
- Puerperio mediato.
- Puerperio tardío.

Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

En el puerperio encontramos diferentes subclasificaciones. ¿A qué etapa corresponde el tiempo que comprende desde el segundo día del nacimiento hasta los 10 días de postparto?

Respuestas:

- Puerperio inmediato.
- Puerperio normal.
- **Puerperio mediato.**
- Puerperio tardío.

Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

¿Cuáles son las complicaciones del puerperio inmediato?

1. Hipotensión.
2. Dolor.
3. Fiebre.
4. Taquicardia.
5. Edema.

Respuestas:

- 2, 3
- 4, 5
- 1, 2
- 1, 4

Cambios anatomo- fisiológico y psicológico en puerperio normal

¿Cuáles son las complicaciones del puerperio inmediato?

1. Hipotensión.
2. Dolor.
3. Fiebre.
4. Taquicardia.
5. Edema.

Respuestas:

- 2, 3
- 4, 5
- 1, 2
- **1, 4**

PUERPERIO NORMAL

Período de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las 6 semanas posparto, los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación en este lapso.

Puerperio Inmediato
Hasta las primeras 24 horas



Puerperio Mediato
Hasta los 10 días posparto



Puerperio Tardío
Hasta los 45 días posparto

PUERPERIO NORMAL

MANEJO INMEDIATO

Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.

Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.

Brinde apoyo emocional continuo.

Si la atención es a nivel comunitario interactúe con la partera capacitada de la zona o los familiares acompañantes, permita el uso de la ropa según la costumbre local asegurándose que se realice en las mejores condiciones.

Inicie ingesta oral líquida inmediatamente si la paciente lo desea.

PUERPERIO NORMAL

MANEJO INMEDIATO

Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales incluidos el fondo uterino, el estado de la episiotomía y el sangrado por las 2 primeras horas posparto.

Masaje inmediato del fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.

Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.

Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.

Iniciar el alojamiento conjunto (madre-niño/a) lo más rápido posible según la condición materna.

Incentive la lactancia materna precoz, brinde apoyo constante para conseguir una succión adecuada.

PUERPERIO NORMAL

MANEJO SUBSIGUIENTE

Dieta habitual según horario de alimentación y deseo materno.

Si la atención es a nivel comunitario interactúe con la partera capacitada de la zona o los familiares acompañantes, permita la alimentación según la costumbre local asegurándose que se realice en las mejores condiciones.

Confirme la diuresis espontánea en las primeras 6-8 horas posparto y la deposición en las primeras 24 horas.

Mantenga el incentivo de la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto.

Baño diario e higiene perineal cada 12 horas o según necesidad.

Hielo local en periné si hay malestar vulvar o en la zona de episiotomía.

PUERPERIO NORMAL

MANEJO SUBSIGUIENTE

Administre analgesia solo si es necesario, acorde con la lactancia materna: acetaminofén 500-1000 mg. VO cada 6 horas o PRN.

En mujeres Rh negativas Du negativo, cuya prueba de Coombs indirecta es negativa y su hijo es Rh positivo, se procederá a la administración intramuscular de una dosis de INMUNOGLOBULINA ANTI D, dentro de las primeras 72 horas posparto.

En mujeres VIH positivas, se solicitará la prueba confirmatoria, de ser positiva se suprimirá la lactancia, se realizará estudios al recién nacido/a según la norma de manejo.

PUERPERIO NORMAL

MANEJO PREVIO AL ALTA

Realice examen físico completo, minucioso en el examen de mamas y periné.

Si la paciente está asintomática y afebril se procede al trámite institucional de alta.

Suplementación con hierro en caso de anemia. (Si amerita)

Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.

Instruir a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo-a en el Registro Civil.

PUERPERIO NORMAL

Cuidados Enfermeros

En el puerperio inmediato las principales complicaciones son la **hemorragia y el shock hipovolémico**.

- Toma de constantes vitales.
- Vigilar la administración de fármacos oxitócicos.
- Palpar el fondo uterino para comprobar la contracción de éste.
- Control urinario para controlar si es espontáneo o si necesita un sondaje vesical.
- Valorar la episiotomía. (Si amerita)
- Valorar el descanso, favorecer la lactancia, y vigilar el estado de las mamas.
- Vigilar la aparición de los loquios, la cantidad, color y los coágulos si aparecen.
- Manejo del dolor
- Lactancia materna precoz

PUERPERIO NORMAL

En el **puerperio intermedio o mediato**:

Seguimiento de signos vitales

El estado general de la mujer

Controlar las constantes vitales para descartar posibles hemorragias.

Alertarnos de signos de infección.

Se debe valorar la involución uterina y los loquios con el fin de valorar la máxima involución uterina.

Hidratación y nutrición

Apoyo emocional

PUERPERIO NORMAL

En el **puerperio tardío** el trabajo de enfermería es **indirecto**, tratará de **educación previa al alta** o post parto en la que se capacita a la madre para reconocer signos en su domicilio.

La completa involución de los genitales.

Cuidado de las mamas, informar de la aparición de grietas, fisuras e infección para que la madre pueda manejarlas. Por medio de una adecuada limpieza de manos, evitar cremas y lociones.

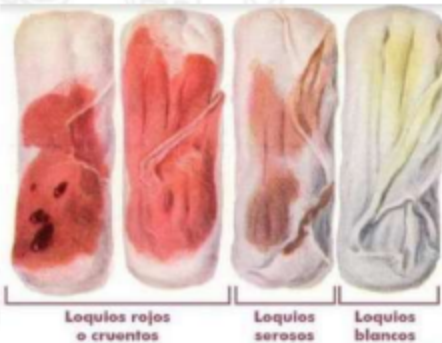
La lactancia materna y si no la hay, vigilar el regreso de la menstruación.

Promoción de la salud

Loquios

Se trata de secreción postparto formada por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie de la cavidad uterina.

- **Loquios rojos (rubra):** duran de 2 a 3 días. Contienen sangre principalmente junto con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales como lanugo, vermix o meconio.
- **Loquios rosados o serosos:** aparecen después de 3 ó 4 días. Contienen menos sangre y más exudado, leucocitos y decidua de degeneración grasa.
- **Loquios blancos (alba):** a partir del 10º día, por el aumento de leucocitos. Alrededor de la 5ª semana postparto, cesa la expulsión de loquios.



PUERPERIO NORMAL

Involución Uterina

Inmediatamente después del parto, el fondo del útero puede palparse fácilmente entre la sínfisis del pubis y el ombligo.

Se da como consecuencia de mínimas contracciones uterinas que siguen ocurriendo desde el momento, también hay vasoconstricción del endometrio, tarda entre 4 a 9 días.

Durante el puerperio inmediato el útero pesa aproximadamente 1000 g

1 semana – 500g

Final de 2da semana 300 g

Al mes – peso normal. Aprx – 100g



PUERPERIO NORMAL

¿Cuál de las siguientes acciones es la más importante para el cuidado enfermero en el puerperio inmediato?

Respuestas

- a) Animar a la madre a que camine frecuentemente en las primeras 24 horas después del parto.
- b) Monitorear los signos vitales de la madre regularmente para detectar cualquier signo de complicación.
- c) Asegurarse de que la madre se alimente bien y descanse adecuadamente.

PUERPERIO NORMAL

¿Cuál de las siguientes acciones es la más importante para el cuidado enfermero en el puerperio inmediato?

Respuestas

- a) Animar a la madre a que camine frecuentemente en las primeras 24 horas después del parto.
- b) Monitorear los signos vitales de la madre regularmente para detectar cualquier signo de complicación.**
- c) Asegurarse de que la madre se alimente bien y descanse adecuadamente.

PUERPERIO NORMAL

El puerperio inmediato es un periodo crítico en el que la madre puede experimentar complicaciones como hemorragias, infecciones, o hipertensión posparto. **Monitorear los signos vitales de la madre** de manera regular permite la detección temprana de estas complicaciones, lo que es esencial para una intervención rápida y eficaz, asegurando la seguridad y el bienestar de la madre.

Aunque es beneficioso que la madre movilice de forma gradual para prevenir trombosis venosa profunda, caminar frecuentemente en las primeras 24 horas puede ser demasiado agresivo y podría no ser seguro si la madre no está estabilizada.

Aunque es crucial que la madre mantenga una buena nutrición y descanse, estas acciones no son tan inmediatas y críticas como la vigilancia de los signos vitales para la detección temprana de posibles complicaciones severas en el puerperio inmediato.

PUERPERIO NORMAL

¿Cuál de las siguientes acciones es la más importante para el cuidado enfermero en el puerperio mediato?

Respuestas:

- a) Proporcionar a la madre información sobre métodos anticonceptivos posparto.
- b) Monitorear la cantidad y características del loquío.
- c) Fomentar que la madre vuelva a su rutina de actividades

PUERPERIO NORMAL

¿Cuál de las siguientes acciones es la más importante para el cuidado enfermero en el puerperio mediato?

Respuestas:

- a) Proporcionar a la madre información sobre métodos anticonceptivos posparto.
- b) Monitorear la cantidad y características del loquío.**
- c) Fomentar que la madre vuelva a su rutina de actividades

PUERPERIO NORMAL

Durante el puerperio mediato, es esencial **monitorear la cantidad y características del loquio** (el flujo vaginal postparto) para detectar cualquier signo de infección, hemorragia o complicaciones en la involución uterina. Cambios anormales en el loquio pueden indicar problemas serios que requieren atención médica inmediata.

Aunque es importante educar a la madre sobre los **métodos anticonceptivos posparto**, esto no es tan crítico como la vigilancia del loquio, que puede detectar problemas graves de salud.

Fomentar un **regreso temprano a las actividades no es adecuado** durante el puerperio mediato, ya que la madre necesita tiempo para recuperarse físicamente y establecer un vínculo con el recién nacido. La prioridad debe ser la salud y el bienestar de la madre y el bebé.

PUERPERIO NORMAL

María, una mujer de 28 años, dio a luz a su primer hijo por parto vaginal sin complicaciones hace 36 horas. Actualmente se encuentra en el puerperio mediato. En la evaluación inicial, María reporta sentirse cansada y experimenta dolor en la zona perineal. Su recién nacido está amamantando con dificultad, y María expresa preocupación por no producir suficiente leche. Además, María menciona que está experimentando un sangrado vaginal, similar a una menstruación intensa. Su temperatura, pulso y presión arterial están dentro de los rangos normales. ¿Cuál es una prioridad vital en el cuidado enfermero para María en esta etapa del puerperio?

Respuestas

- a) Monitorear la cantidad y características del loquio para detectar signos de hemorragia o infección.
- b) Evaluar y proporcionar alivio del dolor en la zona perineal, posiblemente con analgésicos y medidas de confort como baños de asiento.
- c) Apoyar y educar a María sobre la lactancia materna, incluyendo técnicas de amamantamiento y asegurarse de que el bebé se esté alimentando adecuadamente.
- d) Vigilar los signos vitales de María para detectar cualquier signo de complicación temprana.

PUERPERIO NORMAL

María, una mujer de 28 años, dio a luz a su primer hijo por parto vaginal sin complicaciones hace 36 horas. Actualmente se encuentra en el puerperio mediato. En la evaluación inicial, María reporta sentirse cansada y experimenta dolor en la zona perineal. Su recién nacido está amamantando con dificultad, y María expresa preocupación por no producir suficiente leche. Además, María menciona que está experimentando un sangrado vaginal, similar a una menstruación intensa. Su temperatura, pulso y presión arterial están dentro de los rangos normales. ¿Cuál es una prioridad vital en el cuidado enfermero para María en esta etapa del puerperio?

Respuestas

- a) **Monitorear la cantidad y características del loquío para detectar signos de hemorragia o infección.**
- b) Evaluar y proporcionar alivio del dolor en la zona perineal, posiblemente con analgésicos y medidas de confort como baños de asiento.
- c) Apoyar y educar a María sobre la lactancia materna, incluyendo técnicas de amamantamiento y asegurarse de que el bebé se esté alimentando adecuadamente.
- d) Vigilar los signos vitales de María para detectar cualquier signo de complicación temprana.

PUERPERIO NORMAL

El monitoreo del loquío es crucial porque puede revelar signos tempranos de complicaciones graves, como hemorragias posparto o infecciones uterinas. Estos problemas pueden poner en riesgo la vida de la madre si no se detectan y tratan a tiempo.

La evaluación regular del loquío permite a los profesionales de la salud intervenir rápidamente si se observan anomalías, como un sangrado excesivo, coágulos grandes, o un cambio en el olor que sugiera una infección. La rápida detección y manejo de estas complicaciones son fundamentales para garantizar la seguridad y el bienestar de la madre durante el puerperio mediato.

PARTO POR CESAREA



PARTO POR CESAREA

Es la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica.

Cesárea Programada

Es una intervención programada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.

Cesárea de urgencia

Intervención cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

PARTO POR CESAREA

Embarazo a término precoz: edad gestacional entre las 37 a 38 semanas y 6 días

Embarazo a término: edad gestacional entre las 39 y 40 semanas y 6 días.

Embarazo a término tardío: edad gestacional entre 41 y 41 semanas y 6 días

Embarazo postérmino: edad gestacional de 42 semanas o más

PARTO POR CESAREA

Indicado Cesárea

Malposición fetal (podálica, pelviana, transversa)

Recomendar cesárea a las embarazadas con mal posición fetal, esto reduce la mortalidad y la morbilidad perinatal y neonatal.

A las mujeres que tienen un embarazo único en presentación podálica sin complicaciones hasta la semana 37 de gestación se debe ofrecer la **versión cefálica externa** (realizada por persona con experiencia – especialista) Entre las 35 a 37 SEM.



Contraindicada:

- La mujer está en trabajo de parto
- La mujer tiene una cicatriz uterina o anomalía
- Existe compromiso fetal
- Se identifica ruptura de membranas
- Existe sangrado vaginal
- Existen otros problemas de salud (cardiopatía, etc.)

PARTO POR CESAREA

Indicado Cesárea

Embarazo múltiple

Se recomienda la cesárea en los embarazos gemelares donde el **primer gemelo no está en presentación cefálica**, pese a que el efecto de cesárea para mejorar el resultado perinatal es incierto, como medida de prevención.

En los embarazos a término en los que la presentación del **primer gemelo es cefálica**, la morbilidad perinatal se incrementa para el segundo gemelo. Sin embargo, es incierto el efecto de la cesárea planificada para mejorar el resultado para el segundo gemelo; por lo tanto la cesárea no se debe recomendar.

El nacimiento prematuro y la cesárea

La cesárea en un parto pretérmino estará indicada cuando el estimado de peso fetal ecográfico sea menor de 1500 gr.

La cesárea no se debe ofrecer rutinariamente en estos casos

PARTO POR CESAREA

Indicado Cesárea

Placenta previa

La cesárea no se debe ofrecer rutinariamente en estos casos con placenta previa total o parcial.

Placenta creta (adherida)

Discutir las intervenciones disponibles con las embarazadas con sospecha de placenta creta, incluida la posibilidad de transfusión sanguínea y cesárea planificada con la participación del especialista. (La cesárea sea debidamente planificada con la participación de varios especialistas) – Protocolo de manejo

Solicitud materna para cesárea

Si una mujer solicita una cesárea cuando no hay ninguna otra indicación médica para la misma, se recomienda discutir los riesgos y beneficios globales de la cesárea en comparación con el parto y registrar que esta discusión ha tenido lugar.

PARTO POR CESAREA

Indicado Cesárea

Indicaciones de cesárea electiva en mujeres embarazadas con infecciones de transmisión vertical

Se recomienda ofrecer **cesárea** a toda mujer embarazada **portadora del VIH** para disminuir el riesgo de transmisión del virus de la madre al hijo en el momento del parto. Se debe realizar **entre las semanas 37 y 38** de gestación.

La transmisión de madre a hijo de la **hepatitis B** se puede reducir si el recién nacido recibe inmunoglobulina hiperinmune y vacunación contra hepatitis B. No se les debe recomendar una cesárea planificada porque no hay evidencia suficiente de que esto reduce la transmisión vertical

PARTO POR CESAREA

Indicado Cesárea

Indicaciones de cesárea electiva en mujeres embarazadas con infecciones de transmisión vertical

Hepatitis C: No se recomienda la cesárea electiva a las mujeres que están infectadas porque ésta no reduce la transmisión del virus de la madre al hijo.

En el caso de que la embarazada con **hepatitis C sea portadora de VIH**, se recomienda realizar cesárea electiva, ya que reduce la transmisión del VIH de madre a hijo.

Se recomienda **cesárea electiva** a las embarazadas con infección primaria genital del virus del **herpes simple (HSV)** que ocurre en el tercer trimestre del embarazo, ya que de esta manera **disminuye el riesgo** de infección de **HSV nXeonatal**.

En el caso de una embarazada que se encuentra en el tercer trimestre del embarazo o en trabajo de parto o postparto y su estado VIH es desconocido, se usará la prueba ELISA, ; si no está disponible, se recomienda el uso de una prueba rápida de tercera generación

PARTO POR CESAREA

Indicado Cesárea

Predicción de cesárea para la desproporción céfalo-pélvica en trabajo de parto

La talla materna y estimaciones del tamaño del feto (por ultrasonido o examen clínico) no predicen con exactitud la desproporción céfalo pélvica y no debe utilizarse para predecir “falta de progreso” durante el parto, ni modo de nacimiento.

PARTO POR CESAREA

Indicado Cesárea

Factores que reducen la probabilidad de cesárea

Las mujeres deben ser informadas de que el apoyo continuo de los profesionales de salud, de la familia o acompañante, durante el trabajo de parto reduce la probabilidad de cesárea.

A las mujeres con un embarazo sin complicaciones se les debe ofrecer **inducción del trabajo de parto después de las 41 semanas** porque esto reduce el riesgo de la mortalidad perinatal y la probabilidad de cesárea.

Factores que no influyen en la probabilidad de realizar una cesárea

- Caminar durante el trabajo de parto
- Posición no supina durante la segunda etapa del trabajo de parto
- Inmersión en agua durante el trabajo de parto
- Analgesia epidural en el parto.

PARTO POR CESAREA

Aspectos Generales

Falta de progreso en la labor de parto

Para mejorar la “falta de progreso del trabajo de parto” no se recomienda realizar amniotomía temprana ni el manejo activo del trabajo de parto ya que se ha demostrado que no influye en el mismo, ni en el incremento o disminución de la indicación de realizar una cesárea.

Ingesta de bebidas y alimentos durante el parto

Las mujeres deben ser informadas de que pueden tomar bebidas isotónicas durante el trabajo de parto que evitan la cetosis sin un aumento concomitante del volumen gástrico.

Edad gestacional para realizar una cesárea programada

Sobre las 39 semanas ya que el riesgo de morbilidad respiratoria es mayor en los recién nacidos por cesárea que en los que nacen por parto vaginal, y este riesgo disminuye significativamente después de las 39 semanas

PARTO POR CESAREA

Cesárea urgencia/emergencia

Clasificación

La cesárea urgente es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica, y se clasifica en categorías

Clasificación de urgencia para realizar una cesárea

Categoría 1: amenaza o peligro inmediato para la vida de la mujer o del feto – Cesárea de forma inmediata.

Categoría 2: compromiso materno o fetal que no comprenda riesgo inmediato para la vida – Cesárea dentro de los 30 a 75 min de tomada la decisión.

Categoría 3: cuando no exista ningún compromiso materno o fetal, pero se requiera un parto prematuro, por indicaciones clínicamente justificadas

PARTO POR CESAREA

Control de rutina después de la cesárea

Vigilancia, control de las vías respiratorias; las mujeres sean capaces de comunicarse.

Asesoría a la mujer en cuidados sobre su salud y la del RN.

Información sobre los distintos métodos de planificación familiar que se encuentran disponibles.

Después de la recuperación de la anestesia, debe controlarse la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, la presión arterial, el dolor y la sedación.

El sangrado, cada media hora durante 2 horas y cada hora a partir de entonces siempre que los signos sean estables o satisfactorios.

Para las mujeres que han recibido **opioides intratecales**, debe realizarse **mínimo un seguimiento cada hora** de: la **frecuencia respiratoria, la sedación y el dolor** de por lo menos 12 horas para morfina y 24 horas para diamorfina.

PARTO POR CESAREA

Control de rutina después de la cesárea

Para las mujeres que han recibido opioides epidurales o analgesia controladas con opioides, debe realizarse un seguimiento por hora de las puntuaciones de la frecuencia respiratoria, la sedación y dolor a lo largo del tratamiento y **durante al menos 2 horas después de la interrupción del tratamiento.**

Manejo del dolor después de la cesárea

Mientras no haya contraindicación, se pueden administrar **antiinflamatorios no esteroideos** postcesárea como un complemento a otros analgésicos, ya que reduce la necesidad de opioides.

Comer temprano y beber después de la cesárea

Las mujeres que se recuperan adecuadamente después de una cesárea y que no tienen complicaciones pueden comer y beber cuando sienten hambre o sed.

PARTO POR CESAREA

Retiro de la sonda urinaria después de cesárea

La eliminación de la sonda vesical debe realizarse una vez que la mujer se movilice después de una anestesia regional.

Recuperación PostCesarea

Deambulación temprana, cuidado de herida.

Atención en manejo de otras complicaciones del embarazo o el parto (preeclampsia y otras), que pudieron ser causa de la indicación de la cesárea.

Asesoría en planificación familiar

Analgesia para el dolor postoperatorio:

- Para el dolor severo, paracetamol, codeína o ibuprofeno
- Para dolor moderado, paracetamol, codeína.
- Para el dolor leve, el paracetamol.

PARTO POR CESAREA

Recuperación PostCesarea

Las mujeres que han tenido una cesárea tienen un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (tanto la trombosis venosa profunda y embolia pulmonar), por lo que los profesionales sanitarios tienen que poner especial atención a las mujeres que tienen síntomas respiratorios (tales como tos o falta de aire) o síntomas en las piernas (como pantorrilla hinchada dolorosa).

Se recomienda que el profesional de salud brinde asesoramiento en los distintos métodos anticonceptivos.

PARTO POR CESAREA

Embarazo y Parto después de la Cesárea

Al asesorar sobre el modo de nacimiento a una embarazada con cesárea previa se debe considerar:

- Preferencias y prioridades maternas
- Los riesgos y beneficios de la repetición de la cesárea.
- Los riesgos y beneficios del parto vaginal planificado después de la cesárea, incluyendo el riesgo de cesárea no planificada.

Informar a las mujeres que han tenido hasta cuatro cesáreas que el riesgo de fiebre, lesiones en la vejiga y heridas quirúrgicas no varía con la vía de parto planificada (cesárea o parto normal) y que el riesgo de ruptura uterina, aunque más alta (0,3%), es raro si se da un parto vaginal.

PARTO POR CESAREA

Embarazo y Parto después de la Cesárea

Ofrecer a las mujeres que planean un parto vaginal después de una cesárea anterior:

- Monitoreo fetal electrónico durante el parto
- Atención durante el parto en un establecimiento de salud en donde haya acceso inmediato a la cesárea y al servicio de medicina transfusional.

Durante la inducción del trabajo de parto, las mujeres que han tenido una cesárea anterior deben ser vigiladas de cerca, con acceso al monitoreo fetal electrónico y con posibilidad de realizar una cesárea de urgencia ante el riesgo de rotura uterina

PREGUNTAS

En el puerperio encontramos diferentes subclasificaciones. ¿A qué etapa corresponde el tiempo que comprende desde el segundo día del nacimiento hasta los 10 días de postparto?

Respuestas:

- Puerperio mediato.
- Puerperio inmediato.
- Puerperio normal.
- Puerperio tardío

PREGUNTAS

En el puerperio encontramos diferentes subclasificaciones. ¿A qué etapa corresponde el tiempo que comprende desde el segundo día del nacimiento hasta los 10 días de postparto?

Respuestas:

- **Puerperio mediato.**
- Puerperio inmediato.
- Puerperio normal.
- Puerperio tardío

PREGUNTAS

Las complicaciones que pueden presentar en el puerperio son la hemorragia y el shock hipovolémico, frente a esto los cuidados de enfermería que se deben realizar y que irán encaminados a vigilar para prevenirlos son: la monitorización de constantes vitales, administración de fármacos, palpación del fondo uterino, control de diuresis, valoración de las mamas y la aparición de loquios. ¿A qué clase de puerperio corresponden estos cuidados de enfermería?

Respuestas:

- Puerperio inmediato.
- Puerperio mediato.
- Puerperio tardío.
- Reacción psicológica.

PREGUNTAS

Las complicaciones que pueden presentar en el puerperio son la hemorragia y el shock hipovolémico, frente a esto los cuidados de enfermería que se deben realizar y que irán encaminados a vigilar para prevenirlos son: la monitorización de constantes vitales, administración de fármacos, palpación del fondo uterino, control de diuresis, valoración de las mamas y la **aparición de loquios**. ¿A qué clase de puerperio corresponden estos cuidados de enfermería?

Respuestas:

- **Puerperio inmediato.**
- Puerperio mediato.
- Puerperio tardío.
- Reacción psicológica.

PREGUNTAS

Una madre puérpera llega al Centro de Salud a los 10 días de haber dado a luz, es atendida por el profesional de enfermería quien brinda consejería a la usuaria. Seleccione los aspectos que se espera encontrar en la valoración de la usuaria en esta etapa del puerperio:

1. Loquios serohemáticos.
2. Útero no palpable.
3. Involución uterina entre la sínfisis del pubis y la cicatriz umbilical.
4. Loquios serosos.
5. Leucocitosis.
6. Aumento de lactógeno placentario humano.

Respuestas:

- 1, 3, 5
- 1, 2, 6
- 3, 4, 6
- 2, 4, 5

PREGUNTAS

Una madre puerpera llega al Centro de Salud a los 10 días de haber dado a luz, es atendida por el profesional de enfermería quien brinda consejería a la usuaria. Seleccione los aspectos que se espera encontrar en la valoración de la usuaria en esta etapa del puerperio:

1. Loquios serohemáticos.
2. Útero no palpable.
3. Involución uterina entre la sínfisis del pubis y la cicatriz umbilical.
4. Loquios serosos.
5. Leucocitosis. **(En loquios seroso – exudado seroso de leucocitos)**
6. Aumento de lactógeno placentario humano.

Respuestas:

- 1, 3, 5
- 1, 2, 6
- 3, 4, 6
- **2, 4, 5**

PREGUNTAS

Señale cuáles son las causas fetales para la realización de una cesárea:

- a. Compromiso de bienestar fetal.
- b. Tumor benigno o maligno del canal de parto.
- c. Distocias de presentación.
- d. Cirugía uterina previa, plastia vaginal.
- e. Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica.
- f. Malformaciones fetales o gemelos siameses que supongan distocias.

Respuestas:

- a, c, e, f
- a, c, d, f
- b, d, e, f
- b, c, e, f

PREGUNTAS

Señale cuáles son las causas fetales para la realización de una cesárea:

- a. Compromiso de bienestar fetal.
- b. Tumor benigno o maligno del canal de parto.
- c. Distocias de presentación.
- d. Cirugía uterina previa, plastia vaginal. (**Vaginoplastia**)
- e. Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica.
- f. Malformaciones fetales o gemelos siameses que supongan distocias.

Respuestas:

- **a, c, e, f**
- a, c, d, f
- b, d, e, f
- b, c, e, f

PREGUNTAS

¿Cómo se denomina a la actividad quirúrgica cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal, que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente?

Respuestas:

- Cesárea de urgencia.
- Parto instrumental.
- Cerclaje cervical.
- Episiotomía.

PREGUNTAS

¿Cómo se denomina a la actividad quirúrgica cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal, que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente?

Respuestas:

- **Cesárea de urgencia.**
- Parto instrumental.
- Cerclaje cervical.
- Episiotomía.

PREGUNTAS

A las mujeres que se realizan una cesárea bajo anestesia regional, requieren de una sonda vesical. ¿Cuál de las siguientes razones fundamenta esta intervención de enfermería?

Respuestas:

- Evitar el exceso de distensión de la vejiga.
- Medir diuresis cada una hora.
- Facilitar la toma de muestra para cultivo de orina.
- Favorecer la contractilidad uterina.

PREGUNTAS

A las mujeres que se realizan una cesárea bajo anestesia regional, requieren de una sonda vesical. ¿Cuál de las siguientes razones fundamenta esta intervención de enfermería?

Respuestas:

- **Evitar el exceso de distensión de la vejiga.**
- Medir diuresis cada una hora.
- Facilitar la toma de muestra para cultivo de orina.
- Favorecer la contractilidad uterina.

PREGUNTAS

Laura, una mujer de 32 años, ha sido sometida a una cesárea de emergencia debido a sufrimiento fetal. La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones y Laura fue trasladada a la sala de recuperación. Al evaluar a Laura, notas que está pálida y tiene sudoración. Sus signos vitales son: TA 90/60 mmHg, FC 110 lpm, FR 20 rpm, T 36.5°C. Laura refiere sentir mareos y debilidad. ¿Cuál es la acción prioritaria que debe realizar la enfermera en esta situación?

Respuestas

- A) Administrar líquidos intravenosos para tratar la posible hipovolemia.
- B) Colocar a Laura en posición semi-Fowler para su comodidad.
- C) Solicitar a un familiar que la acompañe para calmar su ansiedad.

PREGUNTAS

Laura, una mujer de 32 años, ha sido sometida a una cesárea de emergencia debido a sufrimiento fetal. La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones y Laura fue trasladada a la sala de recuperación. Al evaluar a Laura, notas que está pálida y tiene sudoración. Sus signos vitales son: TA 90/60 mmHg, FC 110 lpm, FR 20 rpm, T 36.5°C. Laura refiere sentir mareos y debilidad. ¿Cuál es la acción prioritaria que debe realizar la enfermera en esta situación?

Respuestas

- A) Administrar líquidos intravenosos para tratar la posible hipovolemia.**
- B) Colocar a Laura en posición semi-Fowler para su comodidad.
- C) Solicitar a un familiar que la acompañe para calmar su ansiedad.

PREGUNTAS

La administración de líquidos intravenosos es crucial para tratar la posible hipovolemia, que puede estar causando la hipotensión y la taquicardia. Esta acción ayudará a estabilizar los signos vitales de Laura y mejorar su condición.



PREGUNTAS

Carmen, una mujer de 35 años, ha tenido su segundo hijo mediante una cesárea planificada. La operación se realizó sin complicaciones y Carmen fue trasladada a la unidad de cuidados postoperatorios. Durante la evaluación inicial, se observan los siguientes datos: Signos vitales: TA 115/75 mmHg, FC 78 lpm, FR 16 rpm, T 36.8°C. Herida quirúrgica cubierta con un apósito limpio y seco. Nivel de dolor 4/10 en la escala del dolor. Producción urinaria adecuada. Carmen está alerta y orientada, pero se queja de náuseas leves. ¿Cuál es la intervención más importante que debe realizar la enfermera para asegurar la recuperación adecuada de Carmen en las primeras horas postcesárea?

Respuestas

- A) Colocar una compresa fría en la herida quirúrgica para reducir la inflamación.
- B) Promover la deambulación temprana para prevenir complicaciones tromboembólicas.
- C) Administrar medicamentos antieméticos según lo prescrito para controlar las náuseas

PREGUNTAS

Carmen, una mujer de 35 años, ha tenido su segundo hijo mediante una cesárea planificada. La operación se realizó sin complicaciones y Carmen fue trasladada a la unidad de cuidados postoperatorios. Durante la evaluación inicial, se observan los siguientes datos: Signos vitales: TA 115/75 mmHg, FC 78 lpm, FR 16 rpm, T 36.8°C. Herida quirúrgica cubierta con un apósito limpio y seco. Nivel de dolor 4/10 en la escala del dolor. Producción urinaria adecuada. Carmen está alerta y orientada, pero se queja de náuseas leves. ¿Cuál es la intervención más importante que debe realizar la enfermera para asegurar la recuperación adecuada de Carmen en las primeras horas postcesárea?

Respuestas

- A) Colocar una compresa fría en la herida quirúrgica para reducir la inflamación.
- B) Promover la deambulación temprana para prevenir complicaciones tromboembólicas.**
- C) Administrar medicamentos antieméticos según lo prescrito para controlar las náuseas

PREGUNTAS

Promover la deambulaci3n temprana es crucial para prevenir complicaciones como la trombosis venosa profunda y otras complicaciones tromboemb3licas. Esto tambi3n ayuda a mejorar la funci3n intestinal y a acelerar la recuperaci3n general postoperatoria.

Aunque las **compresas frías** pueden ayudar a reducir la inflamaci3n, **no es la intervenci3n m3s cr3tica** en las primeras horas postces3rea. En este momento, el enfoque debe estar en prevenir complicaciones m3s graves, como las tromboemb3licas.

Administrar antiem3ticos puede ser 3til para manejar las náuseas de Carmen, pero esto **no es la intervenci3n m3s importante en las primeras horas** postces3rea. Las náuseas, aunque inc3modas, no son tan peligrosas como las complicaciones tromboemb3licas, que pueden ser potencialmente mortales si no se previenen adecuadamente.

HEMORRAGIA PUERPERAL

Pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y que supera 1.000 ml en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP

Hemorragia posparto
primaria o inmediato



Hemorragia posparto
secundaria o tardía

La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las **primeras 24 horas** posteriores al parto (Atonía uterina)

Se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto (retención de productos de la concepción, infección o ambas)

HEMORRAGIA PUERPERAL

Causas Nemotecnia 4T

Tono: atonía uterina

Trauma: lesión cervical o vaginal, ruptura uterina

Tejido: retención de placenta o coágulos

Trombina: coagulopatía preexistente o adquirida

La **atonía uterina** es la causa más común e importante de HPP

El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos uterinos miometriales que pasan entre las células musculares del útero.

HEMORRAGIA PUERPERAL

Vaginal >500 ml; Cesárea >1 litro; <10% de HTO o <3gr Hb; >1% Volemia

A, B, C, D, E

A. Vía Aérea

B. Ventilación

C. Cat. EV (2) F- PG

D. Diagnostico

E. Evitar la Hipotermia

1. Atonía Uterina

El Útero estará por encima del ombligo o está blando. Por ende, el tono esta disminuido.

Factores de riesgo

- Multiparidad
- Feto macrosómico
- Polihidramnios
- Embarazo múltiple
- Corioamnionitis
- Miomas intramurales
- Parto precipitado o prolongado
- Malformaciones uterinas

HEMORRAGIA PUERPERAL

Masaje Uterino Bimanual Energico



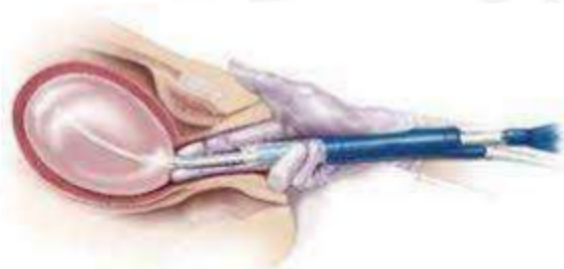
Una mano debe estar en el fondo uterino y la otra dentro de la vagina

Tratamiento

Oxitocina 10 – 40 U.I- E.V. infusión continua
Misoprostol 800-1000 microgramos. SL o IR
Ergometrina 0,2 ml. IM

HEMORRAGIA PUERPERAL

Taponamiento Uterino



Sonda o balón de Bakri- 24 hrs de forma transitoria

Intervenciones

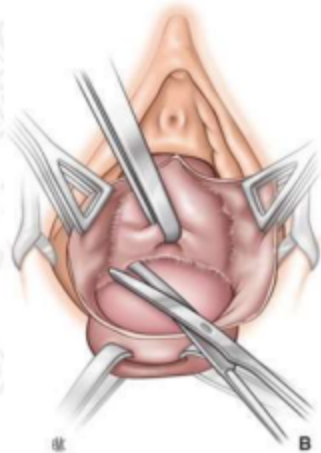
- Empaquetamiento uterino- Sutura de ByLinch
- Ligadura de arteria uterina o hipogástrica
- Embolización
- Compresiones de la aorta
- Histerectomía Total



HEMORRAGIA PUERPERAL

El útero está por debajo del ombligo (contraído) – buen tono

2. Trauma en el Canal del Parto



Valvas – Laceración del cérvix

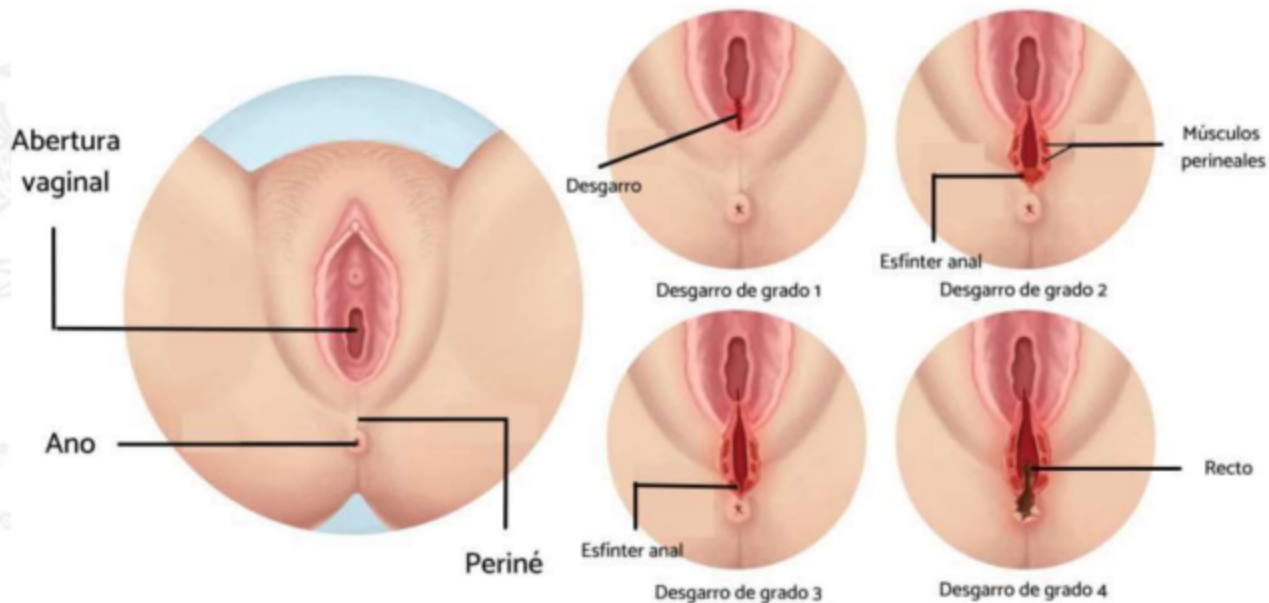
- Nuliparidad
- Macrosomía
- Podálico

Tratamiento

Traquelorrafia

HEMORRAGIA PUERPERAL

Desgarros perineales



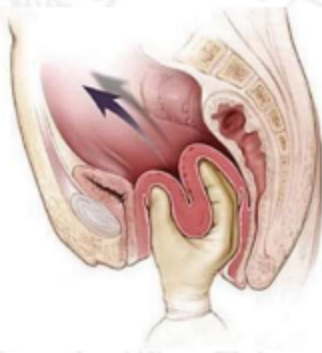
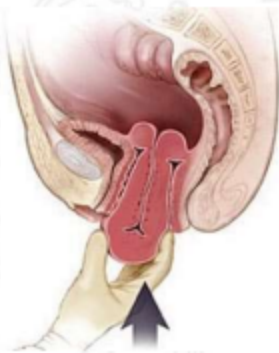
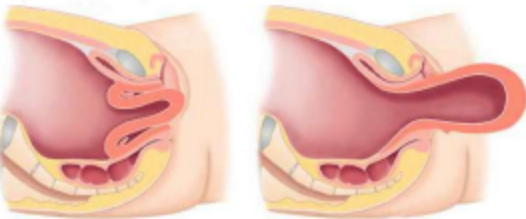
HEMORRAGIA PUERPERAL

3. Inversión Uterina

No se palpa el útero o deformidad de copa invertida – el fondo protruye por el cuello

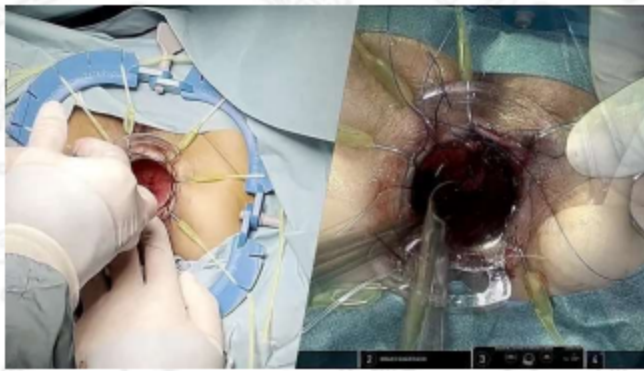
- Multiparidad
- Antecedente previo de inversión

Reposición manual o maniobra de Johnson



HEMORRAGIA PUERPERAL

Abdominal: Cirugía de Huntington



Vaginal: Spinelli

HEMORRAGIA PUERPERAL

4. Retención placentario

- Cesaría + Antecedente de placenta previa
- LU + PP

Acretismo
placentario

Defecto de membrana de Nitabuch



- Alumbramiento prolongado más de 30 min – espontaneo
- Más de 15 min – Activo o dirigido

Ecografía – RMN

HEMORRAGIA PUERPERAL

5. Retención Restos placentario

Tardía pasada las 24 hrs

- Cesarias o legrado
- Succenturiata

6. Hemostasia

Tardía pasada las 24 hrs

- PTI
- Von Willebrand
- CID

HEMORRAGIA PUERPERAL

Factores de riesgo

Presentes antes del parto y asociados a incremento sustancial de la incidencia de HPP

Factor	* OR= Odds Ratio / probabilidad	4 T
	OR* (IC 95%) para HPP	
Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario	13 (7,61 - 12,9)	Trombina
Placenta previa conocida	12 (7,17 - 23)	Tono
Embarazo múltiple	5 (3,0 - 6,6)	Tono
Preeclampsia hipertensión gestacional	4	Trombina

HEMORRAGIA PUERPERAL

Factores de riesgo

Presentes antes del parto y asociados a incremento bajo de la incidencia de HPP

	* OR= Odds Ratio / probabilidad	4 T
HPP previa	3	Tono
Etnia asiática	2 (1,48 - 2,12)	Tono
Obesidad (IMC >35)	2 (1,24 - 2,17)	Tono
Anemia (Hb <9 g/dL)	2 (1,63 - 3,15)	-

HEMORRAGIA PUERPERAL

Factores de riesgo

Presentes durante el trabajo de parto y parto

	* OR= Odds Ratio / probabilidad	4 T
Cesárea de emergencia	4 (3,28 - 3,95)	Trauma
Cesárea electiva	2 (2,18 - 2,80)	Trauma
Inducción del trabajo de parto	2 (1,67 - 2,96)	-
Placenta retenida	5 (3,36 - 7,87)	Tejido
Episiotomía medio-lateral	5	Trauma
Parto vaginal asistido (fórceps/vacum)	2 (1,56 - 2,07)	Trauma
Trabajo de parto prolongado (>12 horas)	2	Tono
Macrosomía fetal (>4 kg)	2 (1,38 - 2,60)	Tono / Trauma
Pirexia durante la labor	2	Trombina
Edad mayor de 40 años, primípara	1,4 (1,16 - 1,74)	Tono

HEMORRAGIA PUERPERAL

TRATAMIENTO

Una vez que se ha identificado una HPP, es útil la organización del cuidado en cuatro componentes:

- **Comunicación** con todos los profesionales relevantes para el cuidado
- **Reanimación** e inicio de maniobras de reposición de líquidos y oxigenación
- **Monitorización** e investigación de la causa
- **Implementación** de medidas para detener el sangrado

Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, se inicia con maniobras de reanimación y detención del sangrado y **derivación de la paciente sin pérdida de tiempo.**

HEMORRAGIA PUERPERAL

Manejo activo de la tercera etapa del parto

Paso 1. Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido.

Paso 2. Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto.

Paso 3. Masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado.

El manejo activo reduce la incidencia de HPP, la necesidad de transfusión de sangre, y por lo tanto se lo debe incluir en todo programa de intervención destinado a reducir la mortalidad debido a HPP.

HEMORRAGIA PUERPERAL

Manejo activo de la tercera etapa del parto

Paso 1. Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido.

Dentro **del primer minuto luego del nacimiento** del producto, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) producto(s) y administre 10 UI de oxitocina intramuscular (IM).

Se prefiere la oxitocina a otros medicamentos uterotónicos debido a que hace efecto entre dos y tres minutos luego de la inyección, sus efectos secundarios son mínimos y puede usarse en todas las mujeres.

Si no hay oxitocina disponible, se puede usar 600 mcg de misoprostol por vía oral.

HEMORRAGIA PUERPERAL

Manejo activo de la tercera etapa del parto

Paso 2. Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto.

No se recomienda la tracción controlada del cordón sin la administración de fármacos uterotónicos o antes de observar signos de separación de la placenta, ya que esto puede provocar la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero.

Paso 3. Masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado.

Masajear el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga. Durante las dos primeras horas, se debe controlar que exista una adecuada retracción uterina y que los loquios sean normales

HEMORRAGIA PUERPERAL

MANEJO-CUIDADOS

- Informar a la paciente de la situación y explicación de los procedimientos que se realizaran.
- Proporcionar aliento y contención.
- Implementar las medidas y trabajo coordinado.
- Coloque dos vías intravenosas de gran calibre (16G o 14G) y suministre soluciones cristaloides en volumen de hasta dos litros en infusión rápida. En caso de no disponer de sangre para transfusión, se puede continuar con infusión de soluciones coloides en volumen de hasta 1,5 litros.
- Signos vitales: pulso, presión arterial, respiración, temperatura. (Sospechar de shock hipovolémico)

HEMORRAGIA PUERPERAL

MANEJO-CUIDADOS

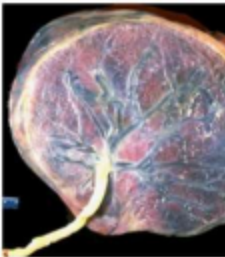
- Evalúe el tono uterino. En caso de atonía, masajee el útero para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos **(los coágulos sanguíneos retenidos en el útero inhiben las contracciones uterinas eficaces)**.
- Masaje uterino bimanual como primera medida para la contención del sangrado + manejo farmacológico.
- Asegurar una adecuada permeabilidad aérea y la provisión de oxígeno de ser necesario. Colocar una sonda vesical para la monitorización del gasto urinario.

HEMORRAGIA PUERPERAL

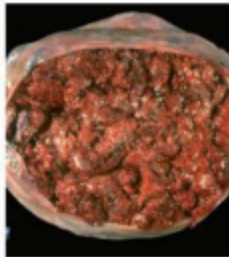
MANEJO-CUIDADOS

Intente identificar la causa de la hemorragia e inicie los tratamientos específicos de acuerdo a la causa:

- Verifique la expulsión completa de la placenta, examínele para tener la certeza de que está íntegra.
- Examine el cuello uterino, la vagina y el perineo para detectar desgarros.
- Considere la posibilidad de coagulopatía.



Cara Fetal de la placenta



Cara Materna de la placenta

HEMORRAGIA PUERPERAL

Identificación y tratamiento de la causa

Tono uterino	Tejidos retenidos	Trauma o laceraciones	Coagulopatías
-Masaje uterino -Compresión bimanual del útero -Uso de drogas Uterotónicas	-Remoción manual -Legrado	-Reparación desgarros cervicales o vaginales -Corrección de la inversión uterina -Identifique la ruptura uterina	Tratamiento específico

HEMORRAGIA PUERPERAL

Actuaciones propias de enfermería

Vigilar pérdidas de líquidos

Mantener vía IV permeable y flujo de líquidos constantes para evitar la hipovolemia.

Disponer de líquidos sanguíneos para la transfusión sanguínea si procede.
Vigilar constantes vitales.

Extracción de sangre para el control de coagulación.

Administración IV de analgésicos para el dolor según pauta médica.

Evaluar la eficacia de las medidas tomadas para controlar ese dolor.

HEMORRAGIA PUERPERAL

Actuaciones propias de enfermería

Preparación de perfusión de fármacos uterotónicos para corregir la atonía uterina, ayudada de masajes manual del útero para la evacuación de coágulos.

En caso de inversión uterina, detendríamos perfusión de fármacos uterotónicos si hubiese, se intentaría de forma manual la recolocación del útero. Si esto no fuera posible prepararíamos a la paciente para ser intervenida por laparoscopia.

Se intenta la extracción manual de la placenta retenida si este fuese el caso. Si esto no fuese suficiente y quedara restos placentarios, prepararíamos a la paciente para un legrado.

Colaboración en aplicación de Traje Anti Choque.

HEMORRAGIA PUERPERAL

Diagnósticos Enfermeros - Potenciales

Dominio 11.Seguridad protección

Clase 2.Lesion física.

Riesgo de shock relacionado con hipotensión, hipovolemia.

Dominio 4.Actividad reposo

Clase 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares.

Perfusión tisular periférica ineficaz, relacionado con hipotensión, sangrado > 500 ml, manifestado por edema, dolor de extremidades, alteración de las características de la piel, llenado capilar > 3 segundos

Déficit del volumen de líquidos r/c la pérdida del volumen sanguíneo m/p una disminución de la tensión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca.

HEMORRAGIA PUERPERAL

Intervenciones

Realizar sondaje vesical.

Monitorizar estado hemodinámico cada 15 minutos.

Administrar terapia IV soluciones cristaloides, preferiblemente tibias (salina normal, lactato de Ringer), coloides, hemoderivados, oxitócicos o inotrópicos según prescripción.

Realizar control de líquidos administrados y eliminados.
Mantener una vía endovenosa permeable.

Observar los niveles de hemoglobina, hematocrito, TP, TTP, Fibrinógeno, recuento de plaquetas.

Vigilar la pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea)

HEMORRAGIA PUERPERAL

Intervenciones

Mantener la posición adecuada que asegure la perfusión periférica con las piernas elevadas.

Aumentar la frecuencia de masaje en el fondo uterino

Cuantificar la sangre perdida

Auscultar los sonidos pulmonares y verificar si hay crepitantes u otros sonidos.

Monitorizar los niveles de electrolitos.

Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

Administrar oxigenoterapia según corresponda.

INFECCION PUERPERAL



INFECCION PUERPERAL

Inmediatamente después del parto, muchas veces la temperatura de la paciente podría aumentar. Una temperatura de 38° C o más alta durante las primeras 12 horas después del parto posiblemente sea indicio de una infección, pero puede no serlo. Sin embargo, estos casos deben ser evaluados.

Pueden ser:

Directamente relacionadas con el parto (en el útero o en la zona alrededor del útero)

Indirectamente relacionadas con el parto (en los riñones, la vejiga, las mamas o los pulmones)

INFECCION PUERPERAL

Principales causas

Parto forzoso y de larga duración

Necesidad de cesárea

Fragmentos de la placenta retenidos en el útero

Patologías asociadas - diabetes o anemia

Antecedente de infección vaginal, como la vaginosis bacteriana, durante el parto

Sintomatología

Dolor muscular

Dolor de cabeza

Fiebre alta

Flujo vaginal maloliente

Coágulos de sangre en las venas de la pelvis

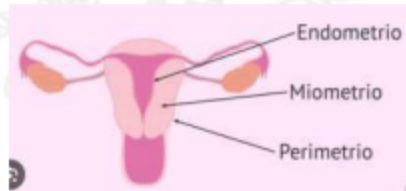
Acumulación de pus en la pelvis

INFECCION PUERPERAL

Endometritis Puerperal

La endometritis posparto se refiere a la infección posparto del tejido endometrial. La infección también puede extenderse al miometrio (llamada **endomiometritis**) o involucrar al **parametrio** (llamado **parametritis**).

CLINICA		
Síntomas	Fiebre, mal estado general. Dolor hipogástrico Loquios malolientes	
Exploración	Dolor a la movilización cervical y uterinas. Dolor a la palpación hipogástrica y anexial. Útero subinvolucionado.	
Pruebas complementarias	Análítica	Signos analíticos de Infección: Leucocitosis con desviación izquierda, ↑PCR.
	Ecografía Obstétrica	Signos ecográficos de restos, ovulares línea endometrial hiperecogénica.



INFECCION PUERPERAL

Endometritis Puerperal - Cuidados

Valoración de los síntomas: Monitorear la presencia de fiebre, dolor abdominal, loquios fétidos (secreciones vaginales malolientes), escalofríos, y malestar general.

Controlar la temperatura, pulso, presión arterial, y frecuencia respiratoria.

Administrar analgésicos según sea necesario y prescrito.

Mantener la zona perineal limpia y seca.

Asegurar una adecuada ingesta de líquidos y una dieta equilibrada.

Ofrecer apoyo emocional y psicológico

Proporcionar medidas de confort, como la aplicación de compresas tibias en el abdomen.

INFECCION PUERPERAL

Infección de herida quirúrgica

CLINICA	
Síntomas	Fiebre Signos Inflamatorios: Dolor, Eritema y tumefacción. Supuración
Pruebas complementarias	Signos analíticos de Infección: Leucocitosis con desviación izquierda, ↑ PCR
MICROBIOLOGÍA	
Flora cutánea	- <i>S. aureus</i> - <i>Streptococcus grupo A</i>
Flora vaginal, uterina o cavidad amniótica	- Aerobios: <i>E. coli</i> Enterobacterias <i>Streptococcus spp.</i> <i>Enterococcus faecalis</i> , <i>Gardnerella vag.</i> - Anaerobios <i>Prevotella spp.</i> <i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Peptostreptococcus spp</i>

INFECCION PUERPERAL

Infección de herida quirúrgica

Valoración de los síntomas: Monitorear la presencia de enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor, secreción purulenta, y fiebre.

Control de infecciones: Administrar antibióticos según la prescripción médica.

Cuidado de la herida: Realizar curaciones estériles según protocolo. Limpiar la herida con solución salina estéril o antiséptico según las indicaciones. Aplicar apósitos estériles y cambiarlos según sea necesario para mantener la herida limpia y seca.

Controlar regularmente la temperatura, pulso, presión arterial, y frecuencia respiratoria.

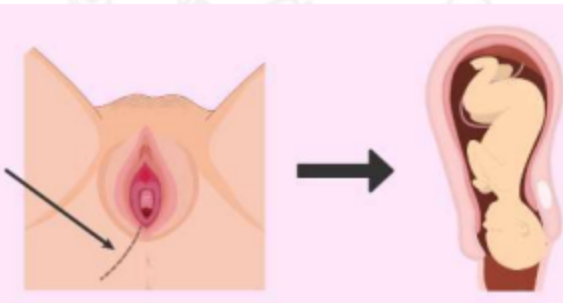
Asegurar una adecuada ingesta de líquidos y una dieta equilibrada rica en proteínas y vitaminas para promover la cicatrización.

INFECCION PUERPERAL

Infección de episiotomía

CLINICA		
Síntomas	Edema, eritema, Exudado Dolor a la palpación Posible dehiscencia parcial o total	
TRATAMIENTO		
	Curas locales. Cierre por 2ª intención Valoración en 10-15 días, si no cierre resuturar	
Antibioterapia	Elección: • Amoxicilina-clav 875 mg/8h/vo/5-7 días	Alternativa: • Clindamicina 300mg/8h/vo/5-7 días + Ciprofloxacino 500mg/12h/vo/5-7 días

Episiotomía
oblicua o
mediolateral



INFECCION PUERPERAL

Infección de episiotomía - Cuidados

Valoración de los síntomas: Monitorear la presencia de enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor intenso, secreción purulenta, y fiebre.

Control de infecciones

Cuidado de la herida – Técnica estéril + antisépticos

Monitorización de signos vitales

Enseñar a la paciente técnicas adecuadas de higiene perineal, incluyendo el lavado con agua tibia y jabón suave después de cada micción o defecación.

Aconsejar evitar ropa ajustada para permitir la ventilación de la zona afectada.

Monitorizar el estado nutricional y la hidratación de la paciente.

INFECCION PUERPERAL

Mastitis Puerperal

La mastitis puerperal es una infección puerperal localizada en el pecho causada por la flora cutánea de la paciente o la flora bucal de los lactantes. Los organismos entran a través de un pezón erosionado o agrietado y proliferan, lo que provoca la infección. Las mujeres lactantes podrán sufrir una sensación de ardor en sus pechos además de tenerlos sensibles y firmes a la hora de la subida o la bajada de la leche.

CLÍNICA

Síntomas

Fiebre
Dolor espontáneo y a la palpación
Edema, eritema

Microbiología

S. Aureus (Meticilin Resistente)
Otros: *Streptococo A/B*, *E. Coli*, *Bacterioides*

TRATAMIENTO

Antibioterapia

Elección:

- Amoxicilina-clav 875 mg/8h/vo/5-7 días

Alternativa:

- Clindamicina 300mg/8h/vo/5-7 días +
Ciprofloxacino 500mg/12h/vo/5-7 días



Mastitis

INFECCION PUERPERAL

Mastitis Puerperal - Cuidados

Valoración de los síntomas: Evaluar la presencia de dolor, enrojecimiento, hinchazón, fiebre, y malestar general.

Alivio del dolor y malestar

Mejora de la técnica de lactancia: Asegurar un buen agarre del bebé al pezón. Alternar las posiciones de amamantamiento para asegurar un vaciamiento completo de los conductos.

Administrar antibióticos según la prescripción médica

Ofrecer apoyo emocional

Observar signos de mejoría o empeoramiento de la infección.

INFECCION PUERPERAL

Infección del Tracto Urinario Puerperal

Son relativamente comunes durante el período posparto debido a varios factores que pueden predisponer a la infección. Cambios hormonales, el trauma físico del parto, la cateterización durante el trabajo de parto o la cirugía, y la presencia de loquios, que pueden facilitar la proliferación bacteriana.

Tipos:

Cistitis: Infección de la vejiga urinaria. Síntomas como dolor o ardor al orinar, urgencia urinaria, aumento de la frecuencia urinaria, y orina turbia o con mal olor.

Pielonefritis: Infección del riñón. Más grave de una ITU y puede causar síntomas sistémicos como fiebre alta, escalofríos, dolor en el costado o en la espalda, náuseas, y vómitos.

INFECCION PUERPERAL

Infección del Tracto Urinario Puerperal - Cuidados

Monitoreo de signos vitales: Controlar la temperatura, pulso, presión arterial, y frecuencia respiratoria para detectar signos de empeoramiento o sepsis.

Educación del paciente: Enseñar a la paciente la importancia de la higiene perineal adecuada, el vaciado frecuente de la vejiga y el reconocimiento de los síntomas de ITU.

Administración de medicamentos: Asegurarse de que la paciente reciba y complete el curso de antibióticos prescrito.

Promoción de la ingesta de líquidos: Fomentar el consumo de al menos 8 vasos de agua al día para ayudar a eliminar las bacterias.

Vaciado regular de la vejiga: Animar a la madre a orinar cada 2-3 horas.

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA



ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

Permanencia del recién nacido y la madre en la misma habitación, las 24 horas del día, durante su permanencia en el hospital.



El alojamiento conjunto permite a la madre convivir con su hijo, lo que fortalece los lazos afectivos y desarrolla una mayor sensibilidad por los problemas prioritarios de este;

Establece una estrecha relación madre-hijo que estimula la lactancia natural y sensibiliza a la madre para aceptar los consejos sobre los cuidados de su hijo.

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

Beneficios

Disminución de la morbi-mortalidad neonatal.

Lactancia materna precoz

Prevención de infecciones recurrentes

Disminución de la pérdida de calor corporal

Reconocimiento de la madre de las necesidades de su hijo desde el nacimiento

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

Las actividades que se realizarán en el cuidado del recién nacido sano:

- 1. Valoración de los antecedentes maternos**
- 2. Cuidado del recién nacido en sala de partos**
 - a. Preparación del personal y equipos
 - b. Recepción del recién nacido
 - c. Cuidado esencial inmediato
- 3. Cuidado del recién nacido en alojamiento conjunto**
 - a. Monitoreo del periodo transicional
 - b. Alimentación inicial – lactancia materna
 - c. Profilaxis ocular
 - d. Profilaxis con vitamina K
 - e. Antropometría y clasificación del recién nacido
 - f. Examen físico
 - g. Cuidado diario
- 4. Alta del recién nacido**

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

Alimentación Inicial – lactancia materna

Se debe iniciar la lactancia materna **dentro de la primera hora** luego del nacimiento, antes de que la madre abandone la sala de partos. El contacto piel a piel, favorece la lactancia temprana

Calostro

La primera leche postparto tiene un alto contenido de inmunoglobulinas y los nutrientes necesarios para la alimentación del recién nacido;

Aunque el volumen es pequeño pero suficiente para el recién nacido y desempeña un papel muy importante en el **desarrollo de la inmunidad, protección de infecciones y desarrollo de la microbiota intestinal.**

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

Alimentación Inicial – lactancia materna

El inicio temprano de la lactancia materna ayuda a prevenir la mortalidad neonatal y la hemorragia materna, así como a establecer una lactancia materna exitosa.

La **asesoría y consejería** para mantener la lactancia materna es muy importante para continuar con una lactancia exitosa, especialmente en madres primerizas.

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

No permitido

Evitar la administración de líquidos diferentes a la leche materna como: agua, sueros glucosados, fórmula infantil u otros sucedáneos de la leche materna que reemplacen parcial o totalmente la leche materna, excepto en situaciones especiales y bajo indicación médica



La justificación para **suspender la lactancia materna** se limita a un pequeño número de **afecciones maternas y del bebé**.

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

Condiciones médicas para suspender la lactancia materna

- Lactante diagnosticado con **galactosemia**.
- Infección materna** por el virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**)
- Infección materna** por el **virus linfotrópico** de células T humanas tipo I o tipo II
- Brucelosis materna**
- Madre con **tuberculosis activa no tratada** (se puede dar leche materna extraída). La lactancia se puede reanudar luego de un mínimo de dos semanas de tratamiento documentando que ya no es infecciosa.
- Medicación materna con **fármacos antirretrovirales**
- Madre con **quimioterapia para cáncer** como los antimetabolitos que interfieren con la replicación del ADN y la división celular.
- Madre con **terapia de radiación**. Se requiere sólo una interrupción temporal en la lactancia materna
- Uso materno de **drogas ilícitas** como PCP (fenciclidina), cocaína y cannabis

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

ROL ENFERMERO

Apoyo a la lactancia materna:

Educación y Orientación: Brindar información y educación a la madre sobre los beneficios de la lactancia materna, las técnicas de amamantamiento adecuadas y la frecuencia de las tomas.

Asistencia en la Lactancia: Ayudar a la madre a posicionar y enganchar correctamente al bebé al pecho para facilitar una lactancia efectiva y cómoda.

Monitoreo de la Lactancia: Observar y evaluar la succión del bebé, la producción de leche materna y cualquier dificultad que pueda surgir durante la lactancia.

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

ROL ENFERMERO

Cuidados del recién nacido

Observación y Evaluación: Monitorizar signos vitales del recién nacido, incluyendo temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria, y color de la piel, para detectar cualquier signo de malestar o complicación.

Cuidado del Cordón Umbilical: Enseñar a los padres sobre el cuidado adecuado del cordón umbilical y asegurar que se mantenga limpio y seco para prevenir infecciones.

Fomento del Vínculo Afectivo: Facilitar el contacto piel con piel entre la madre y el bebé, promoviendo el apego temprano y fortaleciendo el vínculo afectivo.

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

ROL ENFERMERO

Educación para el Cuidado Neonatal

Cuidados Básicos: Enseñar a los padres cómo realizar el baño del bebé, cambiar pañales, y vestir adecuadamente al recién nacido.

Signos de Alarma: Educar a los padres sobre los signos y síntomas que deben vigilar, como fiebre, dificultad para respirar, y problemas de alimentación.

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

ROL ENFERMERO

Apoyo Emocional y Psicológico

Escucha Activa: Estar disponible para escuchar las preocupaciones y preguntas sobre el cuidado del bebé y la adaptación al nuevo rol parental.

Resolución de Dudas: Responder a las preguntas y proporcionar información clara y comprensible sobre el estado de salud del RN y los procedimientos hospitalarios.

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

ROL ENFERMERO

Comunicación Interdisciplinaria

Comunicación: Mantener una comunicación efectiva con el equipo médico y otros profesionales de salud para coordinar el cuidado integral de la madre y el recién nacido.

Seguridad y Bienestar

Control de Infecciones: Promover prácticas de higiene adecuadas para prevenir la transmisión de infecciones tanto para la madre como para el bebé.

Medidas Preventivas: Educar sobre la importancia de la vacunación, la higiene personal y otras medidas preventivas para proteger la salud del recién nacido.

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

ROL ENFERMERO EN LA LACTANCIA MATERNA

Apoyar y favorecer la lactancia materna, facilitando el contacto de la madre y su recién nacido en las primeras horas de vida.

Aconsejar y dar apoyo en la primera toma, asesorando en la colocación del bebé para lograr un buen agarre y el contacto piel con piel.

Brindar material de apoyo, charlas educativas y organizar grupos de apoyo de lactancia materna.

Incluir al padre en el proceso, facilitando la educación a la familia.

Evaluar posibles complicaciones.

Tener una actitud de empatía con la madre lactante.

ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA

ROL ENFERMERO

El enfermero desempeña un papel integral en el alojamiento conjunto al proporcionar cuidados especializados, educación continua y apoyo emocional tanto a la madre como al recién nacido, asegurando un entorno seguro y propicio para la recuperación posparto y el inicio de una relación saludable entre madre e hijo.

PREGUNTAS

¿Cuál de las siguientes es una causa común de hemorragia puerperal?

Opciones:

- a) Atonía uterina
- b) Trauma del canal de parto
- c) Hipertensión gestacional
- d) Trombina



PREGUNTAS

¿Cuál de las siguientes es una causa común de hemorragia puerperal?

Opciones:

- a) **Atonía uterina**
- b) Trauma del canal de parto
- c) Hipertensión gestacional
- d) Trombina



PREGUNTAS

¿Cuál es el manejo inicial más adecuado para una paciente con hemorragia puerperal?

Opciones:

- a) Administración de antibióticos
- b) Compresión bimanual del útero
- c) Suministro de líquidos intravenosos
- d) Transferencia inmediata a la unidad de cuidados intensivos

PREGUNTAS

¿Cuál es el manejo inicial más adecuado para una paciente con hemorragia puerperal?

Opciones:

- a) Administración de antibióticos
- b) Compresión bimanual del útero**
- c) Suministro de líquidos intravenosos
- d) Transferencia inmediata a la unidad de cuidados intensivos

PREGUNTAS

María, una mujer de 28 años, acude al hospital para dar a luz a su segundo hijo. El parto es vaginal y sin complicaciones, pero 15 minutos después del alumbramiento, María comienza a sangrar profusamente. La evaluación muestra un útero blando y flácido. ¿Cuál es el siguiente paso más adecuado en el manejo de María?

Opciones:

- a) Administrar oxitocina intravenosa.
- b) Realizar una ecografía abdominal.
- c) Administrar antibióticos intravenosos.
- d) Transferirla a la unidad de cuidados intensivos inmediatamente.

PREGUNTAS

María, una mujer de 28 años, acude al hospital para dar a luz a su segundo hijo. El parto es vaginal y sin complicaciones, pero 15 minutos después del alumbramiento, María comienza a sangrar profusamente. La evaluación muestra un útero blando y flácido. ¿Cuál es el siguiente paso más adecuado en el manejo de María?

Opciones:

- a) **Administrar oxitocina intravenosa.**
- b) Realizar una ecografía abdominal.
- c) Administrar antibióticos intravenosos.
- d) Transferirla a la unidad de cuidados intensivos inmediatamente.

PREGUNTAS

Laura, una mujer de 32 años, dio a luz hace dos semanas mediante parto vaginal. Ella se presenta en la clínica con sangrado vaginal abundante y persistente. No tiene fiebre ni dolor abdominal significativo, pero se siente débil y mareada. Su historial médico no muestra complicaciones previas en el embarazo o el parto. ¿Cuál es la causa más probable de la hemorragia de Laura?

Opciones:

- a) Retención de productos de la concepción.
- b) Infección uterina.
- c) Desprendimiento prematuro de la placenta.
- d) Ruptura uterina.

PREGUNTAS

Laura, una mujer de 32 años, dio a luz hace dos semanas mediante parto vaginal. Ella se presenta en la clínica con sangrado vaginal abundante y persistente. No tiene fiebre ni dolor abdominal significativo, pero se siente débil y mareada. Su historial médico no muestra complicaciones previas en el embarazo o el parto. ¿Cuál es la causa más probable de la hemorragia de Laura?

Opciones:

- a) **Retención de productos de la concepción.**
- b) Infección uterina.
- c) Desprendimiento prematuro de la placenta.
- d) Ruptura uterina.

PREGUNTAS

Carla, una mujer de 29 años, acude al hospital a los 5 días postparto con fiebre de 39°C, escalofríos y dolor abdominal bajo. En el examen físico, presenta sensibilidad uterina a la palpación y secreción vaginal maloliente. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y el manejo inicial adecuado para Carla?

Opciones:

- a) Retención de productos de la concepción; realizar un curetaje uterino.
- b) Infección del tracto urinario; administrar antibióticos orales.
- c) Endometritis puerperal; iniciar antibióticos intravenosos.
- d) Mastitis; realizar una mamografía.

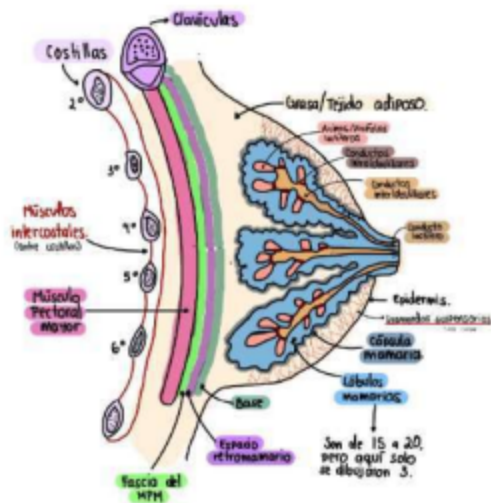
PREGUNTAS

Carla, una mujer de 29 años, acude al hospital a los 5 días postparto con fiebre de 39°C, escalofríos y dolor abdominal bajo. En el examen físico, presenta sensibilidad uterina a la palpación y secreción vaginal maloliente. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y el manejo inicial adecuado para Carla?

Opciones:

- a) Retención de productos de la concepción; realizar un curetaje uterino.
- b) Infección del tracto urinario; administrar antibióticos orales.
- c) Endometritis puerperal; iniciar antibióticos intravenosos.**
- d) Mastitis; realizar una mamografía.

LACTANCIA MATERNA



La mama está situada entre el borde esternal externo y el pliegue axilar anterior.

El espacio retro mamario separa la mama de la fascia profunda del músculo pectoral mayor y proporciona cierto grado de movimiento sobre las estructuras subyacentes

En el nacimiento, por estimulación de las hormonas maternas, el bebé (niña o varón), puede presentar aumento de volumen de la glándula mamaria, del complejo areóla-pezones e incluso salida de secreción láctea o calostro, interpretado popularmente como "Leche de Brujas"

Un mes después del nacimiento, la falta de estimulación hormonal del embarazo, disminuye la producción de PRL de la pituitaria del bebé, cediendo todos estos signos.

LACTANCIA MATERNA

FISIOLOGÍA

Al inicio del embarazo hormonas del ovario: **estrógenos y progesterona** rigen el desarrollo de las mamas hasta el fin de la **mamogénesis**: proliferación glandular de conductos y alvéolos.



A partir del 2do trimestre, la placenta produce hormonas del embarazo hasta el alumbramiento

LACTANCIA MATERNA

FISIOLOGIA

Primer trimestre del embarazo:

Estrógenos: Intervienen en la proliferación del sistema de ductos, crece en ramas, se alargan, es el primer síntoma del embarazo con sensación de dolor o tensión mamaria. Promueven el depósito de tejido adiposo, para cuando inicie la lactancia existan sustratos para la síntesis de nutrientes y energía.

En la semana 20 de gestación, las mamas están desarrolladas con plena capacidad funcional y productiva

LACTANCIA MATERNA

FISIOLOGIA

Primer trimestre del embarazo:

Progesterona: favorece el rebrote de acinos, lobulillos y su maduración.

Prolactina (PRL): estimula la síntesis de la leche, aun estando elevada durante el embarazo, no hay producción de leche, porque estrógenos y progesterona inhiben su acción. La PRL interviene en la maduración y diferenciación de las células alveolares. Se forma el calostro.

La coordinación de estas tres hormonas permite que la mama adquiera su total capacidad de sintetizar los componentes de la leche humana, proceso que se denomina **Lactogénesis I**.

LACTANCIA MATERNA

FISIOLOGIA

DESPUÉS DEL PARTO Y EL ALUMBRAMIENTO

En el alumbramiento, caen los niveles de estrógenos y progesterona, los niveles de PRL elevados, no tiene quien frene su acción.

Inicia la síntesis de leche, comienza la acción lactógena de la PRL, día y medio o dos después del alumbramiento, ocurre "La bajada de la leche" o Lactogénesis

La elevación de la **oxitocina** permite la eyección de la leche, a través de la contracción de las células mioepiteliales de los alvéolos de la glándula. La mama completa su desarrollo funcional cuando hace y sirve leche al bebé

LACTANCIA MATERNA

FISIOLOGIA

PERIODO DE LACTANCIA

En plena lactancia, la mama presenta lobulillos, acinos glandulares, en su máxima función: células epiteliales proliferado con la luz llena de leche, las células mioepiteliales muy desarrolladas ejerciendo su función contráctil, los conductos amplios preparados para transportar la leche de los acinos glandulares al exterior.

En la síntesis de la leche actúan otras hormonas además de la PRL: **hormona de crecimiento, glucocorticoides: cortisol, parathormona e insulina.** Estas son indispensables para obtener sustratos: aminoácidos, ácidos grasos, glucosa, calcio, otros minerales, vitaminas, etc., para garantizar la síntesis de la leche.

LACTANCIA MATERNA

FISIOLOGIA

PERIODO DE LACTANCIA

Durante el embarazo el complejo areola-pezón se oscurece, las glándulas de Montgomery aumentan en número y tamaño, estas son una combinación de glándulas sebáceas y mamarias que se encuentran presentes en la zona, en número entre 1 a 15

Producen grasa con olor “ferhormonas”, cuya doble función protege la piel del pezón de la fuerte succión del bebé y actúa como barrera protectora para evitar infecciones.

Estos cambios sirven para establecer comunicación con el bebé atrayéndolo a la mama, aumentan la velocidad del agarre en los recién nacidos, disminuye el tiempo de inicio de la lactancia, sobre todo en madres primerizas.

LACTANCIA MATERNA

FISIOLOGIA

PERIODO DE LACTANCIA

Durante el puerperio, la PRL se mantiene elevada estimulando la síntesis de leche, es indispensable que el niño succione la mama o que esta, se vacíe para mantener niveles séricos elevados de PRL.

Si no hay estos estímulos, los receptores en los alvéolos no sintetizan leche y los niveles de PRL bajan a su nivel basal

Estos estímulos generan un **impulso aferente** que viaja desde los receptores en el complejo areola-pezones a la médula espinal y desde allí al hipotálamo, donde está el **Factor Liberador de Prolactina (FLP)**, que estimula a las **células lactotropas** de la adenohipófisis, para que secreten PRL.

La **dopamina**, principal factor inhibidor (FIP) de la síntesis y secreción de PRL

LACTANCIA MATERNA

FISIOLOGIA

En resumen la lactogénesis o galactogénesis: es la etapa que abarca el inicio de la síntesis de leche, durante el embarazo y luego del alumbramiento:

Lactogenesis I

Ocurre durante el embarazo, son cambios estructurales que llevan a mama a sintetizar los componentes de la leche a partir de la sangre y donde participan estrógeno, progesterona, somatomamotrofina coriónica y prolactina.

Lactogénesis II:

Se inicia con el alumbramiento, la PRL adquiere su función lactotropa, ocurre la bajada de la leche o calostro.

LACTANCIA MATERNA

FISIOLOGIA

En resumen la lactogénesis o galactogénesis: es la etapa que abarca el inicio de la síntesis de leche, durante el embarazo y luego del alumbramiento:

La lactopeyesis o galactopoyesis: Ocurre cuando se transporta la leche desde los alvéolos hasta los pezones y sale de estos por succión o presión negativa; va a estar estimulada esta etapa tanto por la succión del bebé y el vaciamiento de la glándula.

La eyección láctea

La acción de la oxitocina contrae las células mioepiteliales, de los alvéolos, favorece la salida de leche hacia los conductos galactóforo

LACTANCIA MATERNA

FACTOR INHIBIDOR DE LA LACTANCIA POR RETROALIMENTACIÓN (FIL)

Mecanismo de retroalimentación que protege a la mama, de los efectos negativos de la sobreproducción y acumulación de leche materna. Es un sistema de auto control de la glándula o control local de la producción de leche mediado por un polipéptido presente en la leche materna.

Al acumularse esta en la glándula, aumenta la concentración de FIL e inhibe la secreción de leche de las células alveolares, frenando la producción.

Al vaciarse la leche de la glándula, baja el nivel de FIL y reinicia la síntesis de leche.

LACTANCIA MATERNA

Extracción de la Leche Materna

Desde el momento del nacimiento, la leche materna es el mejor alimento que se puede ofrecer a un bebé. La leche humana no solo aporta los nutrientes necesarios para su crecimiento, sino que también es una práctica esencial que garantiza su supervivencia, salud y desarrollo óptimo

La leche conservará la mayor parte de sus propiedades inmunológicas en recipientes de cristal o de plástico duro que no contengan polietileno.

1

Antes de extraer tu leche debes lavarte las manos.



2

Date masaje en los pechos en forma de círculo, siguiendo las manecillas del reloj y presionando ligeramente con los dedos.



3

Frota los pechos presionando suavemente de atrás hacia adelante.



4

Inclínate sacudiendo los pechos para que baje la leche.



5

Exprime presionando los pechos sin lastimarte y deposita la leche en un recipiente limpio.



6

Repite nuevamente los pasos del 2 al 5 en cada pecho y cuando el recipiente esté lleno, tápalo.



RECUERDA:



Antes de los 6 meses no debes darle a tu bebé ningún otro alimento que no sea tu leche.



Después de los 6 meses se aconseja iniciar la alimentación con sólidos y continuar con la lactancia materna hasta los dos años.

LACTANCIA MATERNA

Extracción de la Leche Materna - Conservación

A temperatura ambiente (< 26°C)	Hasta 4 horas en la costa - 6 horas en la sierra
Bolsa térmica - hielera 15°C	24 horas
En el refrigerador (< 5°C)	72 horas (3 días)
En el congelador del refrigerador (-18°C)	3-6 meses
En un congelador industrial (-20°C)	6-12 meses

Colócale al recipiente una etiqueta con la fecha y hora de la extracción.



Guarda el recipiente en el refrigerador.



Quando entibies la leche debe de ser a baño María, no en el microondas, ni a fuego directo porque perderá sus propiedades.



Para transportarla es necesario tener una hielera.



LACTANCIA MATERNA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda tomar en cuenta:

Iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida y mantenerla como único alimento hasta los seis meses de vida, y como complemento hasta los dos años. Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable.

La leche materna es el único alimento que necesita el bebé. Contiene todos los nutrientes para favorecer su crecimiento y desarrollo, aumenta las defensas contra las enfermedades y estrecha el vínculo de amor entre la madre y su hijo o hija.

Las mujeres que trabajan o estudian necesitan el apoyo de su pareja, familia y jefes, para continuar alimentando a su bebé con leche materna.

LACTANCIA MATERNA

Posición adecuada

La madre y su hija o hijo deben estar cómodos. Dar de lactar no debe doler.

- Colocar la cara del lactante frente a su pecho y la nariz frente al pezón.
- Colocar la barriga del lactante en contacto con la de la madre.
- Apoyar la espalda del lactante sobre el antebrazo y colocar la cabeza en el pliegue del codo.
- Levantar su seno con su mano en forma de C y estimule con el pezón la boca de su hija o hijo.



LACTANCIA MATERNA

Posición adecuada

Algunas posiciones para amamantar bien

Lo importante es que la madre esté cómoda. La buena posición ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y que se le lastimen los pezones.



Posición acostada

Es la posición más cómoda después del parto y durante la siesta o por la noche



Posición sentada

Apoye la espalda sobre un buen respaldo para estar lo más cómoda posible

Posición de sándwich
Es una buena posición para después de una cesárea y para amamantar gemelos



Hay otras posiciones para amamantar bien. La madre debe buscar la que sea de mayor comodidad para ella

PREGUNTAS

Paciente acude al centro de salud para solicitar asesoramiento sobre lactancia materna, indica que por motivos de trabajo debe dejar a su hijo de tres meses al cuidado de un familiar y desea mantener la leche materna a una temperatura ambiente adecuada. ¿Cuál es la temperatura y tiempo de conservación conveniente?

Respuestas:

- < = 26° C tres horas.
- < = 5° C tres días.
- -15° C dos semanas.
- - 18° C tres meses.

PREGUNTAS

Paciente acude al centro de salud para solicitar asesoramiento sobre lactancia materna, indica que por motivos de trabajo debe dejar a su hijo de tres meses al cuidado de un familiar y desea mantener la leche materna a una temperatura ambiente adecuada. ¿Cuál es la temperatura y tiempo de conservación conveniente?

Respuestas:

- < = 26° C tres horas.
- < = 5° C tres días.
- -15° C dos semanas.
- - 18° C tres meses.

PREGUNTAS

Paciente acude al centro de salud para solicitar asesoramiento sobre lactancia materna, indica que por motivos de trabajo debe dejar a su hijo de tres meses al cuidado de un familiar y desea mantener la leche materna en el refrigerador. ¿Cuál es la temperatura y tiempo de conservación conveniente?

Respuestas:

- $< 5^{\circ}\text{C}$ tres días.
- $< 26^{\circ}\text{C}$ tres horas.
- -15°C dos semanas.
- -18°C tres meses

PREGUNTAS

Paciente acude al centro de salud para solicitar asesoramiento sobre lactancia materna, indica que por motivos de trabajo debe dejar a su hijo de tres meses al cuidado de un familiar y desea mantener la leche materna en el refrigerador. ¿Cuál es la temperatura y tiempo de conservación conveniente?

Respuestas:

- $< 5^{\circ}\text{C}$ tres días.
- $< 26^{\circ}\text{C}$ tres horas.
- -15°C dos semanas.
- -18°C tres meses

PREGUNTAS

Usted como profesional enfermero debe educar a las embarazadas primigestas sobre lactancia materna y decide utilizar la simulación. ¿Cuáles son los objetivos que se proponen alcanzar con esta estrategia educativa?

Respuestas:

- Fomentar la lactancia materna y procurar desarrollar la destreza en el procedimiento.
- Desarrollar el pensamiento y capacidad memorística.
- Desarrollar la destreza y estimular su capacidad repetitiva.
- Lograr el conocimiento sobre el procedimiento y desarrollar su memoria.

PREGUNTAS

Usted como profesional enfermero debe educar a las embarazadas primigestas sobre lactancia materna y decide utilizar la simulación. ¿Cuáles son los objetivos que se proponen alcanzar con esta estrategia educativa?

Respuestas:

- **Fomentar la lactancia materna y procurar desarrollar la destreza en el procedimiento.**
- **Desarrollar el pensamiento y capacidad memorística.**
- **Desarrollar la destreza y estimular su capacidad repetitiva.**
- **Lograr el conocimiento sobre el procedimiento y desarrollar su memoria.**

PREGUNTAS

María, una madre primeriza de 28 años, llega a la consulta preocupada porque su bebé de 3 meses ha estado llorando mucho y parece tener hambre constantemente. Ella menciona que ha estado amamantando a su hijo exclusivamente, pero últimamente siente que no produce suficiente leche. María quiere saber qué puede hacer para asegurarse de que su bebé esté bien alimentado y no tenga que recurrir a la fórmula. ¿Cuál sería la mejor recomendación para María para asegurarse de que su bebé esté recibiendo suficiente leche materna?

Respuestas:

- A. Comenzar a suplementar con fórmula inmediatamente para asegurarse de que el bebé no pase hambre.
- B. Aumentar la frecuencia de las tomas y asegurarse de que el bebé esté bien posicionado y agarre correctamente el pecho.
- C. Introducir alimentos sólidos en la dieta del bebé para complementar la lactancia materna.

PREGUNTAS

María, una madre primeriza de 28 años, llega a la consulta preocupada porque su bebé de 3 meses ha estado llorando mucho y parece tener hambre constantemente. Ella menciona que ha estado amamantando a su hijo exclusivamente, pero últimamente siente que no produce suficiente leche. María quiere saber qué puede hacer para asegurarse de que su bebé esté bien alimentado y no tenga que recurrir a la fórmula. ¿Cuál sería la mejor recomendación para María para asegurarse de que su bebé esté recibiendo suficiente leche materna?

Respuestas:

- A. Comenzar a suplementar con fórmula inmediatamente para asegurarse de que el bebé no pase hambre.**
- B. Aumentar la frecuencia de las tomas y asegurarse de que el bebé esté bien posicionado y agarre correctamente el pecho.**
- C. Introducir alimentos sólidos en la dieta del bebé para complementar la lactancia materna.**

PREGUNTAS

Aumentar la frecuencia de las tomas y asegurar una correcta posición y agarre del pecho son las mejores recomendaciones para María. La lactancia materna funciona según la ley de oferta y demanda; cuanto más se estimulan los senos, más leche producirá el cuerpo

Comenzar a suplementar con fórmula inmediatamente: Aunque suplementar con fórmula puede ser una solución en algunos casos, hacerlo sin primero intentar mejorar la lactancia puede reducir aún más la producción de leche materna.

Introducir alimentos sólidos en la dieta del bebé: A los 3 meses, el sistema digestivo del bebé aún no está lo suficientemente desarrollado para manejar alimentos sólidos. La recomendación general es introducir alimentos sólidos alrededor de los 6 meses de edad.

LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES Y PROBLEMAS



LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

Pechos congestionados

Si la madre no le da de mamar desde el primer momento después del parto, es común que entre el segundo y el quinto día después del nacimiento la madre sienta los pechos hinchados, duros, calientes y con dolor.



Más tarde, durante los meses de lactancia, si el niño o niña no succiona bien o no está mamando con frecuencia, los pechos también se pueden congestionar.

LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

Pechos congestionados - Recomendaciones

La madre debe ponerse paños de agua tibia en los pechos.



Si la areola está dura, para ablandarla la madre debe ordeñarse antes de poner el niño o niña al pecho. También puede darse masajes suaves en forma circular con la mano.

LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

Dolor y grietas en los pezones

El dolor y las grietas en los pezones pueden suceder:

- Porque el niño o niña chupa solamente la punta del pezón**
- Porque la madre se lava los pezones con jabón, limón, alcohol o agua borricada, lo cual produce resequedad y grietas.**

Las glándulas de Montgomery lubrican y mantienen limpios los pezones, por lo tanto, las madres no necesitan usar otros limpiadores o lubricantes.

La madre no necesita lavarse los pezones antes o después de dar de mamar. El baño diario es suficiente y debe lavarse los pezones solamente con agua.

Si la madre tiene grietas en los pezones no necesita ponerse cremas ni otras medicinas. Estas no la aliviarán y pueden empeorar el dolor.

LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

Dolor y grietas en los pezones

Para alivio del dolor:
La madre debe ponerse paños de agua tibia.



Hay que asegurarse que el niño o niña esté colocado correctamente tomando todo el pezón y parte de la areola del pecho adolorido.



LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

Dolor y grietas en los pezones

Para ayudar a cicatrizar las grietas

- Antes de dar de lactar se recomienda sacar unas gotas de leche, ponerlas sobre las grietas y dejarlas secar al aire libre durante unos 5 minutos
- Al final de dar de lactar se recomienda sacar un poco de leche, para ponerla en la grieta del seno y dejarla secar
- La madre debe exponer los pezones por unos minutos al aire libre y a la luz del sol por lo menos 2 veces al día.

LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

Ductos obstruidos

Se obstruyen los **conductos lactíferos** y es común que aparezca un punto blanco o bultitos duros alrededor de los cuales se siente presión y dolor.

Para **aliviar el dolor** la madre debe asegurarse que el niño o niña está **tomando bien el pecho** y puede darse un **masaje suave** presionando el área dura y dolorosa mientras el niño está lactando.



Si la obstrucción no desaparece con la lactancia y con los masajes, ésta puede convertirse en una infección del pecho o **mastitis**. Se recomienda que la madre se extraiga la leche manualmente.

LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

Mastitis o infección del pecho

Si la madre se siente enferma, agotada y si tiene:

- fiebre
- el pecho rojo, hinchado o caliente
- tiene dolor

Puede tener una infección del pecho (mastitis).

Para aliviar la mastitis

La madre debe:

- Ir al centro de salud para el tratamiento;
- Ponerse paños de agua tibia alternándolos con paños fríos, varias veces al día;
- Dar de lactar por lo menos cada 2 horas, aún con el pecho afectado;
- Descansar, tomar un analgésico y muchos líquidos.



LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

Contraindicaciones

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

La transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tipo 1 a través de la leche materna está demostrada. Diversos factores aumentan el riesgo de transmisión, y explican los índices variables que se han encontrado en diferentes estudios.

Aunque el VIH se puede transmitir por medio de la lactancia natural, el uso de medicamentos contra el VIH y una carga viral indetectable durante el embarazo y todo el período de lactancia reducen el riesgo de transmisión del virus a menos de 1%.

LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

Contraindicaciones

Infección por el virus de la leucemia humana de células T

Se ha demostrado la transmisión del virus HTLV tipo I y II, que causa la leucemia/linfoma de células T del adulto, a través de la leche materna, por lo que la infección materna por este virus es una contraindicación para la alimentación al pecho, siempre y cuando se disponga de sustitutos adecuados.

Galactosemia

La lactancia materna está contraindicada en los niños afectados por galactosemia. Estos niños deben recibir una dieta sin lactosa ni galactosa desde el nacimiento. Hay que excluir la leche y todos los productos lácteos y sustituirlos por fórmulas sin lactosa o fórmulas de soja. Algunas formas leves pueden recibir lactancia materna parcial.

LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

Situaciones que requieren una valoración individualizada

Tuberculosis activa no tratada
Herpes simple
Hepatitis C
Citomegalovirus
Brucelosis
Enfermedad de Lyme
Enfermedad de Chagas
Infecciones bacterianas graves
Sífilis
Varicela
Sarampión

Fármacos en Lactancia

LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

C	Compatible con la lactancia materna Sin peligro para el lactante	Ácido para-aminosalicílico (PAS)³ Aminoglucósidos⁴: amikacina, espiramicina, estreptomina, gentamicina, kanamicina, neomicina, tobramicina Antifúngicos⁵: griseofulvina, ketoconazol, miconazol, nistatina, fluconazol Antiparasitario: pamoato de pirantel, metronidazol⁶, tinidazol, mebendazol⁷, praziquantel, pirimetamina⁸ Antituberculosos⁹: estreptomina, isoniazida¹⁰, etambutol, rifampicina¹¹, pirazinamida Antivirales tópicos¹²: aciclovir¹³, idoxuridina¹⁴, ribavirina, imiquimod, penciclovir Cefalosporinas¹⁵: cefuroxima, cefalexina, cefonicida, cefaclor, cefadroxilo, cefazolina, cefoxitina, cefotaxima, ceftriaxona, loracarbef Cotrimoxazol (sulfametoxazol y trimetoprim)¹⁶ Fosfomicina¹⁷ Interferón¹⁸ Macrólidos¹⁹: azitromicina, claritromicina²⁰, clindamicina²¹, eritromicina²², espiramicina, josamicina, lincomicina, roxitromicina Nitrofurantoina²³ Penicilinas²⁴: amoxicilina, ácido clavulánico, ampicilina, cloxacilina, penicilina benzatina, penicilina V, piperacilina Quinidina²⁵ Quinina²⁶ Tetraciclina²⁷ Vancomicina²⁸ Otros antibióticos²⁹: • Antibióticos oculares (aureomicina, cloranfenicol, gentamicina, terramicina) • Antibióticos tópicos (ácido fusídico, bacitracina, mupirocina, neomicina, nitrofurazona, polimixina B, sulfamida, terramicina) • Antifúngicos tópicos³⁰: imidazoles (clotrimazol, econazol, miconazol); sulfuro de selenio tópico
---	--	---

LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

Fármacos en Lactancia

P	Precaución Valorar riesgo-beneficio y otras alternativas. Si se usa, hacerlo con precaución	Amantadina³¹, anfotericina B Primaquina³² Quinolonas³³, ácido nalidixico³⁴, ácido pipemídico, levofloxacino Ribavirina³⁵
E	Evitar Riesgos probables. Existe en la bibliografía alguna recomendación en este sentido	Cloranfenicol³⁶ Ketolidos: telitromicina³⁷ Lindane (tópico)³⁸ Tiabendazol³⁹



LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

Fármacos en Lactancia

CITOSTÁTICOS

Los medicamentos **citostáticos**, o **quimioterápicos**, pueden tener efectos adversos significativos y su compatibilidad con la lactancia materna varía:

Ciclofosfamida: No se recomienda, ya que se excreta en la leche materna y puede causar neutropenia y otros efectos adversos en el lactante.

Metotrexato: No se recomienda debido a sus efectos inmunosupresores y potencial toxicidad.

Doxorrubicina: No se recomienda porque se excreta en la leche materna y puede ser tóxico para el bebé.

Fluorouracilo: No se recomienda debido a su excreción en la leche materna y posible toxicidad.

Cloranfenicol: Antibiótico que puede causar síndrome del bebé gris, incluye síntomas como cianosis y colapso cardiovascular.

LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

Fármacos en Lactancia

LITIO

El litio es un medicamento utilizado principalmente para tratar el trastorno bipolar. En cuanto a su compatibilidad con la lactancia materna, el litio se excreta en la leche materna en cantidades significativas.

Esto puede llevar a efectos adversos en el bebé:

Hipotonía (bajo tono muscular), letargo, hipotermia, y problemas de tiroides y riñones.

Por lo tanto, la lactancia materna no se suele recomendar mientras se está tomando litio.

LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

Isabel, una madre primeriza de 25 años, acude a la clínica de salud comunitaria porque siente un dolor intenso en su pecho derecho durante la lactancia. Ella nota que el pecho está enrojecido, caliente al tacto y presenta un bulto doloroso. Además, se siente febril y fatigada. Isabel está preocupada por la posibilidad de no poder continuar con la lactancia debido a estas molestias. ¿Cuál sería la mejor intervención de enfermería para ayudar a Isabel a manejar sus síntomas y continuar con la lactancia materna?

Respuestas:

- A. Aconsejar a Isabel que deje de amamantar del pecho afectado y solo alimente a su bebé del otro pecho hasta que los síntomas desaparezcan.
- B. Enseñar a Isabel técnicas de masaje y compresión del pecho, así como la aplicación de calor local antes de las tomas, y animarla a continuar amamantando frecuentemente del pecho afectado.
- C. Recomendar a Isabel que deje de amamantar por completo y comience a usar fórmula para evitar más dolor y complicaciones.

LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

Isabel, una madre primeriza de 25 años, acude a la clínica de salud comunitaria porque siente un dolor intenso en su pecho derecho durante la lactancia. Ella nota que el pecho está enrojecido, caliente al tacto y presenta un bulto doloroso. Además, se siente febril y fatigada. Isabel está preocupada por la posibilidad de no poder continuar con la lactancia debido a estas molestias. ¿Cuál sería la mejor intervención de enfermería para ayudar a Isabel a manejar sus síntomas y continuar con la lactancia materna?

Respuestas:

- A. Aconsejar a Isabel que deje de amamantar del pecho afectado y solo alimente a su bebé del otro pecho hasta que los síntomas desaparezcan.**
- B. Enseñar a Isabel técnicas de masaje y compresión del pecho, así como la aplicación de calor local antes de las tomas, y animarla a continuar amamantando frecuentemente del pecho afectado.**
- C. Recomendar a Isabel que deje de amamantar por completo y comience a usar fórmula para evitar más dolor y complicaciones.**

LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

Estas acciones pueden ayudar a aliviar la obstrucción del conducto y reducir la inflamación. Amamantar frecuentemente ayuda a mantener el flujo de leche y prevenir el estancamiento, lo cual es crucial para la resolución de la mastitis.

Dejar de amamantar del pecho afectado puede empeorar la congestión y la mastitis, ya que la leche acumulada puede incrementar la inflamación y el dolor.

Dejar de amamantar por completo no solo puede afectar negativamente la producción de leche, sino que también puede privar al bebé de los beneficios nutricionales y de inmunidad de la leche materna. Además, puede causar una congestión severa en ambos pechos, aumentando el riesgo de más complicaciones

LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

En algunas ocasiones se debe suspender la lactancia materna exclusiva e incluso se debe promover la alimentación artificial, como en el caso de que la madre tome algunos fármacos, por las consecuencias que pueden derivarse para el niño. ¿Qué fármacos están contraindicados en la lactancia materna?

Respuestas:

- Citostáticos, cloranfenicol, litio.
- Paracetamol, Naproxeno, Piroxicam.
- Enalapril, Nifedipina, Hidralazina.
- Tetraciclina, Eritromicina, Azitromicina.

LACTANCIA MATERNA – COMPLICACIONES

En algunas ocasiones se debe suspender la lactancia materna exclusiva e incluso se debe promover la alimentación artificial, como en el caso de que la madre tome algunos fármacos, por las consecuencias que pueden derivarse para el niño. ¿Qué fármacos están contraindicados en la lactancia materna?

Respuestas:

- **Citostáticos, cloranfenicol, litio.**
- **Paracetamol, Naproxeno, Piroxicam.**
- **Enalapril, Nifedipina, Hidralazina.**
- **Tetraciclina, Eritromicina, Azitromicina.**

LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

Durante la lactancia materna, es importante evitar ciertos medicamentos debido a sus posibles efectos adversos en el lactante. ¿Cuál de los siguientes fármacos está contraindicado durante la lactancia materna?

Respuestas:

- a) Paracetamol
- b) Ibuprofeno
- c) Doxorrubicina

LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

Durante la lactancia materna, es importante evitar ciertos medicamentos debido a sus posibles efectos adversos en el lactante. ¿Cuál de los siguientes fármacos está contraindicado durante la lactancia materna?

Respuestas:

- a) Paracetamol
- b) Ibuprofeno
- c) Doxorrubicina**

LACTANCIA MATERNA - COMPLICACIONES

La **doxorrubicina** es un medicamento quimioterapéutico que se excreta en la leche materna y puede ser tóxico para el lactante, causando efectos adversos significativos como daño a los tejidos y supresión del sistema inmunológico. Por estas razones, la doxorrubicina está contraindicada durante la lactancia.

Paracetamol: Este medicamento es generalmente considerado seguro durante la lactancia.

Ibuprofeno: Similar al paracetamol, el ibuprofeno se excreta en la leche materna en cantidades mínimas. Es uno de los antiinflamatorios más comúnmente recomendados para las madres lactantes debido a su perfil de seguridad favorable.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

CLIMATERIO

Es un conjunto de síntomas y signos que se presentan en la perimenopausia y post menopausia como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo.

PREMENOPAUSIA

Totalidad de la vida reproductiva de la mujer hasta la última menstruación.

POSTMENOPAUSIA

Etapas iniciadas a partir del último período menstrual ya sea por menopausia inducida o natural.

MENOPAUSIA

Último período menstrual que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica en retrospectiva una vez que han transcurrido **doce meses consecutivos de amenorrea** para la cual no exista ninguna otra causa obvia, patológica o fisiológica.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

MENOPAUSIA - TIPOS

MENOPAUSIA INDUCIDA

Cese de la menstruación debido a pérdida de la función ovárica por la extirpación quirúrgica de ambos ovarios o daño de la función ovárica por quimioterapia o radiación o factores inmunológicos

MENOPAUSIA PREMATURA

Cuando el cese de la menstruación ocurre a una edad menor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Se acepta la edad menor de 40 años.

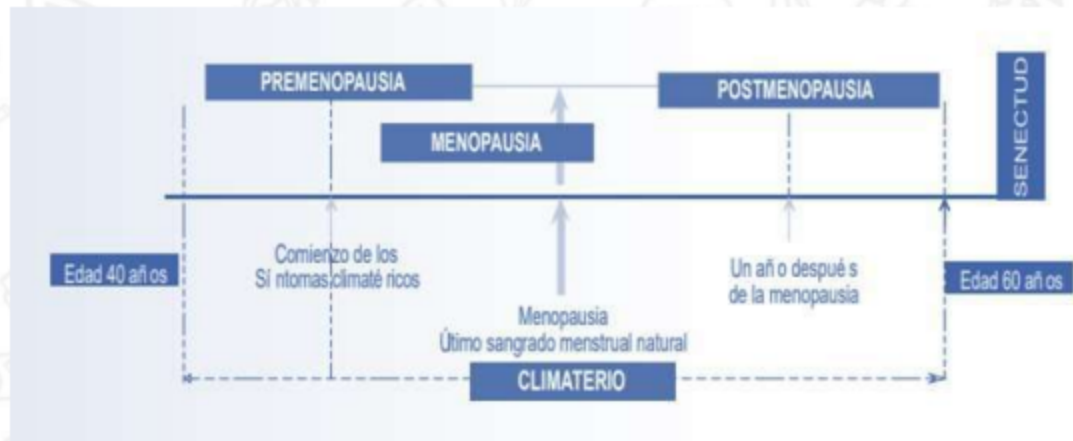
MENOPAUSIA TARDIA

Cuando el cese de la menstruación ocurre a una edad mayor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Se acepta 54 años.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

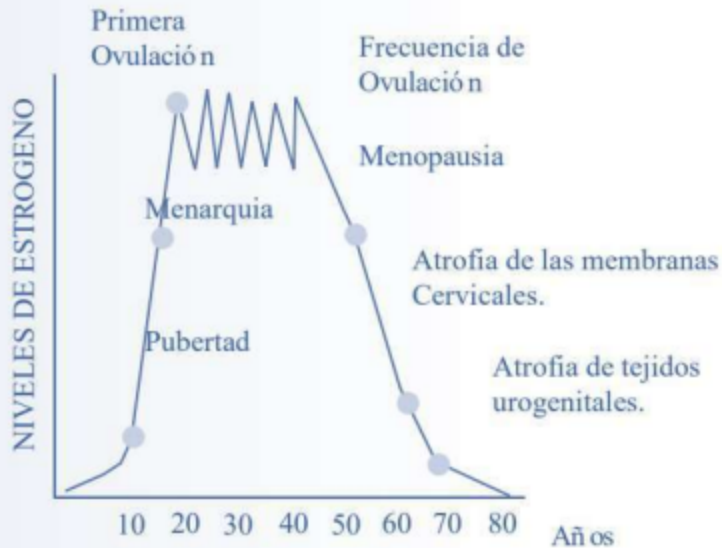
CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

FISIOLOGIA



CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA



A medida que se acerca la menopausia, la producción de estrógenos a nivel ovárico (por los pocos cientos de folículos funcionales a esta edad) disminuye.

Los efectos del hipoestrogenismo afectarán diferentes órganos

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

	Alteraciones Neurovegetativas (Inestabilidad Motora)	Alteraciones Psicológicas
Corto Plazo	☉ Oleadas de calor ☉ Sudoración ☉ Palpitaciones ☉ Parestesias ☉ Náuseas ☉ Cefaleas ☉ Artralgias y mialgias ☉ Insomnio. ☉ Alteraciones del ciclo menstrual.	☉ Labilidad emocional ☉ Nerviosismo ☉ Irritabilidad ☉ Estado anímico depresivo ☉ Pérdida de la memoria

	Alteraciones Neurovegetativas (Inestabilidad Motora)	Alteraciones Psicológicas
Mediano Plazo	☉ Síntomas de atrofia urogenital ☉ Sequedad vaginal ☉ Dispareunia ☉ Disuria ☉ Polaquiuria ☉ Incontinencia Urinaria ☉ Infecciones de vías urinarias	☉ Atrofia de piel y mucosas ☉ Dislipidemias

Largo Plazo	Hipertensión arterial, Osteoporosis, Enfermedad Cardiovascular Eventos cerebro-vasculares Trastornos de la memoria Demencia
--------------------	--



DISFUNCION SEXUAL



CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

BOCHORNOS – OLEADAS DE CALOR

Es el síntoma a corto plazo más común, el 75% de las mujeres que inician el climaterio y menopausia los presentarán. Es debido al estímulo a nivel cerebral que ejercen la elevación de FSH y LH. Típicamente se presentan en cara, cuello y parte superior del pecho, para luego generalizarse, duran entre 2 y 4 minutos.

Calores Ligeros:

Sensación de calor de duración de 1-2 minutos, con sudoración ligera, rubor y parestesias.

Calores Ligeros:

Sensación de calor de duración de 5 minutos con sudoración y rubor.

Calores Graves:

Calor intenso de hasta 12 minutos de duración con sudoración profusa e intenso rubor

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

DISTURBIOS DEL SUEÑO Y DEPRESIÓN

Existe durante esta etapa alteración de neurotransmisores a nivel cerebral (serotonina).

ALTERACIONES DE LA SEXUALIDAD

Alteraciones de la libido, reducción de la lubricación vaginal y de la elasticidad produciendo resequedad y dispareunia.

ALTERACIONES EN EL TRACTO UROGENITAL

La deficiente producción estrogénica, ocasionará atrofia de las capas superficial e intermedia del epitelio uretral y vaginal produciendo: uretritis atrófica, incontinencia de urgencia y de esfuerzo, disuria y predisposición a infección de vías urinarias.

La atrofia vaginal incrementan el Ph y cambian la flora vaginal normal, produciendo leucorrea e infecciones vaginales, dispareunia y en ocasiones hasta sangrado vaginal.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

OSTEOPOROSIS

Secundario al hipoestrogenismo del climaterio y la menopausia, alrededor de los 50 años, la velocidad de resorción ósea supera la de regeneración, perdiéndose entre el 1 y el 5% de la masa ósea por año en los primeros 5 años de la menopausia, tornándose más lenta posteriormente (0.75% anual).

Cada cierto se recomienda hacer la densitometría ósea para cuidar de una posible osteoporosis u osteopenia que requeriría una sustitución de calcio y a veces de estrógeno.

La terapia hormonal, ejercerá un efecto protector contra la osteoporosis, siempre y cuando se inicie tempranamente en los primeros 5 años de la menopausia.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

TRATAMIENTO - CUIDADOS

Motivar a las mujeres en la edad del climaterio y la menopausia a realizar cambios en los estilos de vida que le permitan tener una mejor calidad de vida.

DIETA: Se recomendará una dieta según estado nutricional e IMC de la paciente.

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA: Fomentar los estilos de vida saludables. Evitar alcohol, el café y el tabaco.

EJERCICIO: Recomendar ejercicios con moderación, 30 minutos cinco veces a la semana mínimo y previa valoración médica.

SUPLEMENTOS DE CALCIO: En caso necesario se administrará por vía oral calcio ionizable, insistiendo que la fuente principal de calcio deberá ser la dieta. Combinado con Vitamina D en pacientes mayores de 60 años.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

TRATAMIENTO - CUIDADOS

Terapia Hormonal

Es la administración de hormonas esteroideas ováricas cuando se encuentran disminuidas, buscando alcanzar niveles sanguíneos suficientes para la normalización de la función de las células en los tejidos blanco, con el objetivo de impedir, disminuir o eliminar la sintomatología o el síndrome dismetabólico resultante de la deprivación hormonal.

La terapia con estrógenos es el estándar de oro, para el alivio de los síntomas de la menopausia, y debe utilizarse en aquellas mujeres que presenten sintomatología climatérica de moderada a severa.

PREGUNTAS

La menopausia es una fase natural en la vida de una mujer marcada por el cese permanente de la menstruación. ¿Cuál de los siguientes síntomas es comúnmente asociado con la menopausia?

Respuestas:

- a) Aumento de la fertilidad**
- b) Sofocos**
- c) Aumento del flujo menstrual**

PREGUNTAS

La menopausia es una fase natural en la vida de una mujer marcada por el cese permanente de la menstruación. ¿Cuál de los siguientes síntomas es comúnmente asociado con la menopausia?

Respuestas:

- a) Aumento de la fertilidad**
- b) Sofocos**
- c) Aumento del flujo menstrual**

PREGUNTAS

Los **sofocos** son uno de los síntomas más comunes asociados con la menopausia. Se caracterizan por una sensación repentina de calor, generalmente en la cara, el cuello y el pecho, que puede estar acompañada de sudoración y enrojecimiento de la piel.

Durante la menopausia, la **fertilidad disminuye drásticamente** debido a la reducción de la función ovárica y la falta de ovulación, lo que hace que el aumento de la fertilidad no sea un síntoma de la menopausia.

Aunque las **irregularidades menstruales** son comunes durante la transición a la menopausia (**perimenopausia**), la menopausia en sí misma se define por el cese permanente de la menstruación. Por lo tanto, el aumento del flujo menstrual no es un síntoma asociado con la menopausia.

PREGUNTAS

La menopausia puede traer consigo varios cambios hormonales y físicos. ¿Cuál de los siguientes cambios es una consecuencia directa de la menopausia?

Respuestas:

- a) Aumento de los niveles de estrógeno**
- b) Disminución de la densidad ósea**
- c) Aumento del tamaño de los ovarios**

PREGUNTAS

La menopausia puede traer consigo varios cambios hormonales y físicos. ¿Cuál de los siguientes cambios es una consecuencia directa de la menopausia?

Respuestas:

- a) Aumento de los niveles de estrógeno
- b) Disminución de la densidad ósea**
- c) Aumento del tamaño de los ovarios

PREGUNTAS

La disminución de la densidad ósea es una consecuencia directa de la menopausia debido a la reducción en la producción de estrógenos por los ovarios. Los estrógenos juegan un papel crucial en la protección de los huesos, y su disminución aumenta el riesgo de osteoporosis y fracturas.

Durante la menopausia, los niveles de estrógeno disminuyen significativamente, lo que es contrario a un aumento.

Durante la menopausia, los ovarios disminuyen de tamaño y dejan de liberar óvulos, lo que es opuesto a un aumento del tamaño.

PREGUNTAS

María, una mujer de 52 años, acude a su consulta médica con síntomas que incluyen sofocos, sudores nocturnos y cambios en el patrón de su menstruación. Ella está preocupada por el impacto de estos síntomas en su calidad de vida. Después de evaluar sus síntomas y antecedentes médicos, el médico le confirma que está en la fase de menopausia. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones es la más adecuada para manejar los síntomas de la menopausia en María?

Respuestas:

- a) Iniciar un tratamiento con terapia hormonal de reemplazo
- b) Aumentar la ingesta de suplementos de hierro
- c) Comenzar un régimen de ejercicio intenso para aumentar la masa muscular

PREGUNTAS

María, una mujer de 52 años, acude a su consulta médica con síntomas que incluyen sofocos, sudores nocturnos y cambios en el patrón de su menstruación. Ella está preocupada por el impacto de estos síntomas en su calidad de vida. Después de evaluar sus síntomas y antecedentes médicos, el médico le confirma que está en la fase de menopausia. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones es la más adecuada para manejar los síntomas de la menopausia en María?

Respuestas:

- a) **Iniciar un tratamiento con terapia hormonal de reemplazo**
- b) Aumentar la ingesta de suplementos de hierro
- c) Comenzar un régimen de ejercicio intenso para aumentar la masa muscular

PREGUNTAS

La terapia hormonal de reemplazo (THR) puede ser una opción efectiva para aliviar los síntomas de la menopausia, como los sofocos y los sudores nocturnos. Los estrógenos pueden ayudar a reducir estos síntomas y mejorar la calidad de vida.

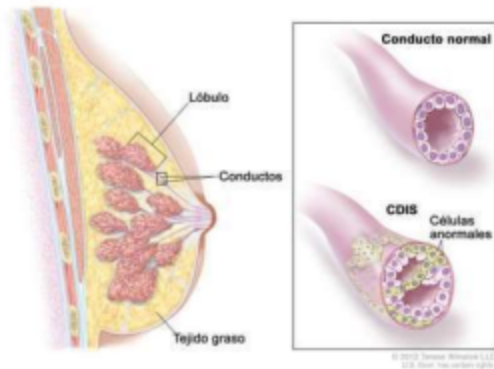
Los suplementos de hierro son más relevantes para tratar la anemia o la deficiencia de hierro, no para los síntomas de la menopausia. Además, el hierro no aborda los sofocos o los cambios hormonales asociados con la menopausia.

Aunque el ejercicio es beneficioso para la salud general y puede ayudar a manejar algunos aspectos de la menopausia, como la salud ósea y el bienestar general, no es una solución directa para los sofocos y otros síntomas hormonales específicos.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad en la que las células del tejido mamario crecen de manera anormal y descontrolada, formando tumores malignos que pueden invadir tejidos cercanos o diseminarse a otras partes del cuerpo (metástasis). Es uno de los cánceres más comunes en las mujeres, aunque también puede afectar a los hombres, aunque en menor proporción. La detección temprana y el tratamiento oportuno son esenciales para mejorar las tasas de supervivencia y reducir la mortalidad asociada a esta enfermedad.

Carcinoma ductal in situ (CDIS)



Cáncer de mama

La actuación frente al cáncer de mama implica una serie de pasos bien definidos que se centran en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

1. Prevención y Detección Temprana

- Autoexamen Mamario
- Examen Clínico
- Mamografía

2. Diagnóstico

- Evaluación Clínica y Mamográfica
- Biopsia
- Evaluación Multidisciplinaria



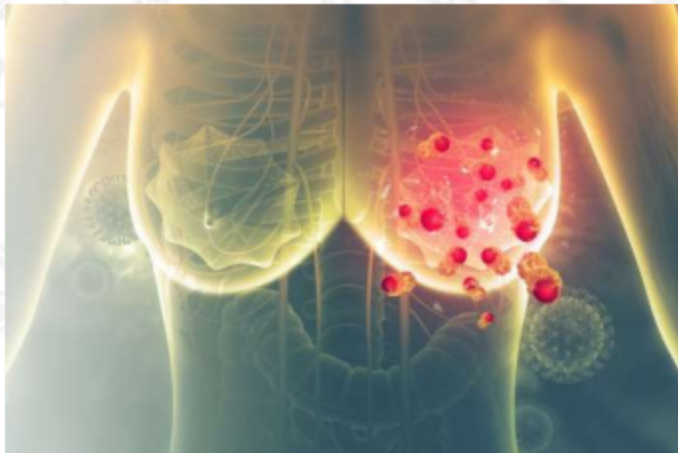
Cáncer de mama

3. Tratamiento

- Cirugía
- Quimioterapia y Radioterapia
- Terapia Hormonal o Biológica

4. Seguimiento

- Controles Regulares
- Apoyo Psicosocial



Cáncer de mama

El rol de la enfermera en el cuidado del cáncer de mama es vital para asegurar un tratamiento efectivo y una buena calidad de vida para las pacientes. Las guías clínicas enfatizan que una atención integral, que aborde tanto las necesidades físicas como emocionales, puede mejorar los resultados del tratamiento y la satisfacción de la paciente. La enfermería juega un papel central en la educación, el soporte emocional, y la gestión de los efectos secundarios del tratamiento, lo que es crucial para la recuperación y el bienestar de la paciente.



Cáncer de mama

Cuidados de enfermería

Evaluación y Planificación del Cuidado

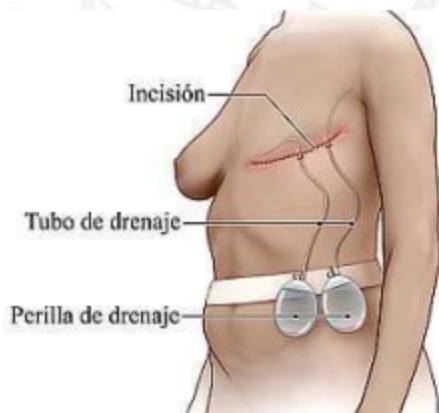
- Valoración Inicial: La enfermera debe realizar una evaluación exhaustiva que incluya la historia clínica, el examen físico, y la valoración psicosocial de la paciente. Esta evaluación inicial es clave para identificar necesidades específicas, tales como el manejo del dolor, la nutrición, el estado emocional, y los posibles efectos adversos del tratamiento oncológico.
- Planificación del Cuidado: Basado en la valoración, se debe diseñar un plan de cuidados que contemple intervenciones específicas según las etapas del tratamiento del cáncer de mama, como la cirugía, la quimioterapia, y la radioterapia. Este plan debe incluir medidas de soporte para minimizar los efectos secundarios de los tratamientos y estrategias para mejorar la calidad de vida de la paciente.

Cáncer de mama

Cuidados de enfermería

Intervenciones Específicas

- Cuidados Postquirúrgicos
- Manejo de la Quimioterapia y Radioterapia
- Apoyo Psicoemocional
- Educación para el Autocuidado



Cáncer de mama

¿Cuál es el principal objetivo del plan de cuidados de enfermería para una paciente que ha sido sometida a una mastectomía?

Respuestas:

- a) Maximizar la efectividad del tratamiento quirúrgico.
- b) Prevenir la aparición de linfedema en el brazo afectado.
- c) Asegurar la pronta alta hospitalaria.
- d) Garantizar que la paciente reciba el tratamiento de quimioterapia a tiempo.

Cáncer de mama

¿Cuál es el principal objetivo del plan de cuidados de enfermería para una paciente que ha sido sometida a una mastectomía?

Respuestas:

- a) Maximizar la efectividad del tratamiento quirúrgico.
- b) Prevenir la aparición de linfedema en el brazo afectado.**
- c) Asegurar la pronta alta hospitalaria.
- d) Garantizar que la paciente reciba el tratamiento de quimioterapia a tiempo.

¿Qué recomendación de autocuidado es más importante para una paciente que ha finalizado el tratamiento por cáncer de mama?

Respuestas:

- a) Evitar la exposición directa al sol por un año.
- b) Realizar un autoexamen mamario mensual.
- c) Reducir la ingesta de calorías para prevenir la obesidad.
- d) Limitar el consumo de líquidos para prevenir el linfedema.



¿Qué recomendación de autocuidado es más importante para una paciente que ha finalizado el tratamiento por cáncer de mama?

Respuestas:

- a) Evitar la exposición directa al sol por un año.
- b) Realizar un autoexamen mamario mensual.**
- c) Reducir la ingesta de calorías para prevenir la obesidad.
- d) Limitar el consumo de líquidos para prevenir el linfedema.

Cuidados de enfermería en patología ginecológica: cáncer de cervix



Cáncer de cervix

El cáncer de cérvix, también conocido como cáncer de cuello uterino, es una enfermedad en la cual las células del cuello uterino, la parte inferior del útero que conecta con la vagina, se multiplican de manera anormal y descontrolada. Esta patología es causada principalmente por la infección persistente del virus del papiloma humano (VPH), un virus de transmisión sexual. Existen varios tipos de VPH, algunos de los cuales tienen un alto riesgo de provocar cáncer. El cáncer de cérvix es uno de los cánceres ginecológicos más comunes, especialmente en países en vías de desarrollo, donde la detección y tratamiento precoz pueden ser limitados.



Genotipos de Alto Riesgo

HPV 16 y HPV 18:

- Detección: Estos son los tipos más asociados con el cáncer cervical. Son responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cuello uterino.
- Manifestaciones: Además de cáncer cervical, también pueden estar involucrados en cánceres de ano, vulva, vagina y orofaringe.

HPV 31, HPV 33, HPV 45, HPV 52 y HPV 58:

- Detección: Estos tipos también se asocian con un riesgo elevado de cáncer cervical, aunque en menor medida que el HPV 16 y 18.
- Manifestaciones: Son menos frecuentes en cánceres relacionados con VPH pero pueden contribuir al desarrollo de cáncer cervical y otros tipos de cáncer genital y orofaríngeo.

Genotipos de Bajo Riesgo

HPV 6 y HPV 11:

- Detección: Estos tipos están asociados principalmente con lesiones benignas como verrugas genitales (condilomas acuminados) y papilomatosis respiratoria recurrente (PRR).
- Manifestaciones: Generalmente no causan cáncer, pero pueden provocar cambios benignos en el tejido genital.

HPV 40, HPV 42, HPV 43 y HPV 44:

- Detección: Estos tipos también se consideran de bajo riesgo y están más comúnmente asociados con verrugas genitales y algunas alteraciones menores del cuello uterino, pero no están estrechamente vinculados con cáncer cervical.

Cáncer de cervix

Prevención y detección precoz

- Prevención primaria: Vacunación
- La prevención secundaria se realiza a través de la detección precoz mediante pruebas de Papanicolaou (Pap) y la prueba de VPH. Las guías del MSP recomiendan que las mujeres inicien el tamizaje a partir de los 21 años de edad, o antes si han iniciado su vida sexual, y continúen con exámenes regulares según el riesgo individual y los resultados de las pruebas anteriores. La periodicidad generalmente es cada 3 años para el Pap si los resultados son normales, y cada 5 años si se combina con la prueba de VPH y ambos resultados son negativos.



Cáncer de cervix

Tratamiento

- Cuando se detectan lesiones precursoras (lesiones intraepiteliales de alto grado), el tratamiento puede incluir procedimientos locales como la crioterapia, la conización, o la electrocirugía con asa (LEEP). En casos de cáncer de cérvix confirmado, el tratamiento dependerá de la etapa en la que se encuentre la enfermedad. Para estadios tempranos, el tratamiento quirúrgico, como la histerectomía (extirpación del útero), puede ser suficiente. En estadios más avanzados, se requiere una combinación de radioterapia y quimioterapia.



Seguimiento y cuidado continuo

- Después del tratamiento inicial, las guías del MSP indican que las pacientes deben ser seguidas de cerca para detectar cualquier recurrencia. Las visitas de seguimiento suelen ser cada 3 a 6 meses durante los primeros 2 años, y luego de manera anual si no se detecta recurrencia. En estas visitas, se realizan exámenes clínicos y pruebas adicionales según sea necesario.



Cáncer de cervix

¿Cuál es el principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical?

Respuestas:

- a) Diabetes mellitus
- b) Hipertensión arterial
- c) Infección persistente por ciertos tipos de VPH
- d) Colesterol alto



Cáncer de cervix

¿Cuál es el principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical?

Respuestas:

- a) Diabetes mellitus
- b) Hipertensión arterial
- c) **Infección persistente por ciertos tipos de VPH**
- d) Colesterol alto



Cáncer de cervix

¿Cuál es el método de detección recomendado para el cáncer cervical en mujeres mayores de 30 años?

Respuestas:

- a) Prueba de Papanicolaou (Pap)
- b) Prueba de VPH
- c) Prueba de Papanicolaou (Pap) y prueba de VPH combinadas
- d) Ecografía transvaginal

Cáncer de cervix

¿Cuál es el método de detección recomendado para el cáncer cervical en mujeres mayores de 30 años?

Respuestas:

- a) Prueba de Papanicolaou (Pap)
- b) Prueba de VPH
- c) Prueba de Papanicolaou (Pap) y prueba de VPH combinadas**
- d) Ecografía transvaginal

Cuidados de enfermería en procedimientos quirúrgicos gineco obstétricos

Cuidados de enfermería en procedimientos quirúrgicos gineco obstétricos

Cuidados Preoperatorios

1. Evaluación Preoperatoria

- Historia Clínica y Evaluación Física
 - Educación del Paciente
 - Preparación del Paciente
- ### 2. Preparación del Entorno Quirúrgico
- Verificación de Equipos y Suministros



Cuidados de enfermería en procedimientos quirúrgicos gineco obstétricos

Cuidados Intraoperatorios

1. Asistencia Durante la Cirugía

- Preparación del Paciente para la Anestesia
- Monitoreo Continuo

2. Prevención de Complicaciones

- Manejo de la Hemorragia
- Prevención de Infecciones



Cuidados Postoperatorios

1. Monitoreo y Evaluación

- Evaluación Postanestésica
- Control de Signos Vitales

2. Manejo de Complicaciones

- Vigilancia de Complicaciones
- Cuidado de la Herida

3. Educación y Apoyo

- Instrucciones Postoperatorias
- Apoyo Emocional

